

Selbstmord und Selbstmordversuch bei Kindern und Jugendlichen

Eine Analyse von 152 Fällen aus Erlangen
und Umgebung
(unter Berücksichtigung neuerer Literatur)

von

Johannes Freiherr von Redwitz

aus

München

1979

1979 #235

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universität Erlangen - Nürnberg
Direktor: Professor Dr. H.-B. Wuermeling

Selbstmord und Selbstmordversuch bei Kindern und Jugendlichen

**Eine Analyse von 152 Fällen aus Erlangen
und Umgebung
(unter Berücksichtigung neuerer Literatur)**

Inaugural-Dissertation
zur Ertragung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich - Alexander - Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt
von
Johannes Freiherr von Redwitz
aus
München

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. W. Kersten
Referent: Prof. Dr. G. Reinhardt
Korreferent: Prof. Dr. H.-B. Wuermeling

Tag der mündlichen Prüfung: 21.06.1979

Meinen Eltern in Dankbarkeit
gewidmet

I N H A L T

I. EINLEITUNG	4
II. EIGENE UNTERSUCHUNGEN	5
1. Statistische Angaben	7
a) Anzahl der Probanden in den einzelnen Kliniken, aufge- schlüsselt nach dem Alter	7
b) Häufigkeit suicidalen Handlungen	8
c) Alters- und Geschlechtsver- teilung	10
d) Rezidive	11
2. Art der suicidalen Handlung	13
3. Zeitpunkt der suicidalen Handlung	19
a) Tageszeit	19
b) Wochentag	21
c) Monat	23
4. Sozialer Hintergrund	24
a) Eltern und Erziehung	24
b) Geschwister	29
c) Soziale Verhältnisse	31

4.1. Wohnort	31
4.2. Beruf der Eltern	33
4.3. Tätigkeit der Kinder und Jugendlichen	33
4.4. Religion	35
5. Persönliche Vorgeschichte	36
6. Anlaß und Motiv	37
III. BESPRECHUNG DER UNTERSUCHUNGS- ERGEBNISSE	40
IV. DISKUSSION	49
1. Der Selbstmordbegriff - Todes- vorstellung bei Kindern	49
2. Statistische Erhebungen	59
a) Häufigkeit, Alter- und Ge- schlechtsverteilung	59
b) Rezidive und Katamnesen	71
3. Art der suicidalen Handlung	73
4. Zeit und Ort der suicidalen Handlung	82
5. Geschlechtsunterschiede	84
6. Sozialer Hintergrund	87
a) Eltern	87
b) Geschwister	97
c) Soziale Verhältnisse	99
d) Religionszugehörigkeit	101

7. Persönliche Vorgeschichte	103
a) Körperliche und psychische Gesundheit	103
b) Sucht und Suicid	108
c) Unmittelbare Vorgeschichte des suicidalen Geschehens	111
8. Motiv und Anlaß	113
a) Allgemeines	113
b) Stellung des Jugendlichen in der Welt	116
c) Motiv Liebeskummer	117
d) Motiv Schulprobleme	119
e) Änderung des Motivs mit zunehmendem Lebensalter	121
f) Motiv und Persönlichkeit	122
g) Aspekt der Eskalation (JACOBS, 1974)	123
9. Psychologische und psychopathologische Determinanten des Kinderselbstmordes	124
 V. ZUSAMMENFASSUNG	 132
VI. LITERATUR	136

I. EINLEITUNG

Die allgemeine Vorstellung, daß Kinder ihr Leben fraglos bejahen, wird offenbar immer häufiger durch Nachrichten von kindlichen und jugendlichen Selbstmordhandlungen in Frage gestellt. Haben diese aber wirklich zugenommen; was sind ihre Ursachen; welche psycho- pathologischen Vorgänge liegen zugrunde?

Zahlreiche Autoren haben sich um Antworten auf diese Fragen bemüht. Mit der vorliegenden Arbeit soll versucht werden, die Erlanger Beobachtungen - soweit wie möglich - zu analysieren und sie mit den wichtigsten Veröffentlichungen aus den vergangenen zehn Jahren zu vergleichen; damit wird eine frühere Dissertation (FISCHER, H., 1968)¹ fortgeführt.

¹ FISCHER, H.: Selbstmord und Selbstmordversuch im frühen Reifungsalter
Med. Diss. Erlangen, 1968.

II. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

Für die vorliegende Untersuchung wurden alle als "Suicid" bzw. "Suicidversuch" registrierten Krankengeschichten von Kindern und Jugendlichen (bis zum vollendeten 17. Lebensjahr) gesichtet, die im Zeitraum vom 01. 01. 1968 bis zum 02. 07. 1976 in die Erlanger Universitätskliniken eingeliefert wurden; dazu kamen alle von der Erlanger Kriminalpolizei in diesem Zeitraum erfaßten Fälle von Selbstmorden und Selbstmordversuchen der gleichen Altersgruppe; insgesamt wurden 144 Suicidversuche und 8 vollendete Suicide erfaßt. 11 Kinder waren mehrmals wegen eines Suicidversuches in eine der Erlanger Universitätskliniken gebracht worden, erschienen also auch mehrmals im Krankenregister, sodaß sich eine Gesamtzahl von 152 Fällen ergibt. Es handelt sich dabei um 140 Patienten, wobei der jüngste Patient 7 Jahre alt war.

In der Mehrzahl kamen die Patienten aus der Stadt Erlangen und ihrer näheren Umgebung. Einige, die nur bei der Polizei und im Institut für Rechtsmedizin registriert waren, stammten aus anderen

Städten Frankens.

Die auf den Krankenblättern vermerkten Angaben über den Patienten bzw. seine Eltern waren teilweise unvollständig. Nur die Krankenblätter der Kinderklinik erfaßten regelmäßig auch Angaben über das Elternhaus; in anderen Kliniken waren oft nur die Umstände des Suicids und das Motiv beschrieben, oder es wurde lediglich vermerkt: "Keine Psychose, keine Rezidivgefahr".

Name, Geschlecht, Geburts- und Aufnahmedaten waren bei allen Probanden angegeben.

1. Statistische Angaben

a) Herkunft der Krankenunterlagen

Tab. 1: Anzahl der Krankenunterlagen, aufgeschlüsselt nach Herkunft und Patientenalter

Alter	Innere Medizin bzw. Nerven- klinik	Kinder- klinik	Chirur- gische Klinik	Kripo	Rechts- medizin
7	-	1	-	-	-
8	-	-	-	-	-
9	-	1	-	-	-
10	-	2	-	-	-
11	-	6	-	-	-
12	-	4	-	-	-
13	2	15	-	2	2
14	10	10	-	1	-
15	19	4	1	1	1
16	26	1	1	6	-
17	30	-	-	6	-
Summe	87	44	2	16	3
=====					

Alle Patienten, die wegen eines Suicidversuches in die Intensivstation der Medizinischen Klinik eingewiesen worden waren, wurden anschließend zur psychiatrischen Begutachtung in die Nervenlinik verlegt. Die Patienten der beiden Kliniken waren deshalb dieselben.

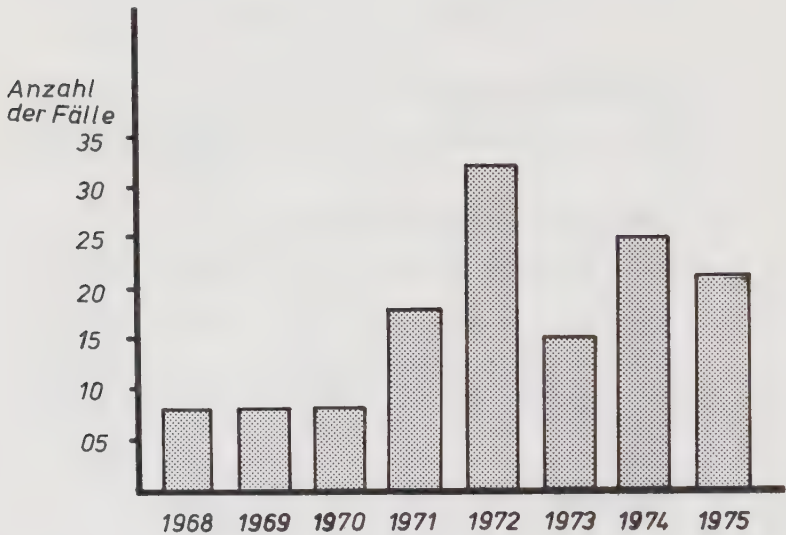
Alle Unterlagen über vollendete Suicide kamen von der Kriminalpolizei bzw. vom Institut für Rechtsmedizin.

b) Häufigkeit suicidalen Handlungen

Tab. 2: Anzahl der Fälle in den einzelnen Jahren

Jahr	Suicidversuch	Suicid	Summe
1968	6	2	8
1969	8	-	8
1970	8	-	8
1971	17	1	18
1972	31	1	32
1973	15	-	15
1974	24	1	25
1975	20	1	21
1976 (1. Halbjahr)	15	2	17

Abb. 1: Anzahl der Fälle in den einzelnen Jahren



Die Häufigkeit suicidalen Handlungen Jugendlicher hat im Erlanger Raum in den letzten Jahren nicht mehr zugenommen, nachdem sie 1971/72 deutlich angestiegen war (Tab. 2).

Insgesamt waren es 106 Mädchen (69,7 %) und 46 Knaben (30,3 %) - also ein Verhältnis Knaben : Mädchen von 1 : 2,3.

Bei den Suicidversuchen beträgt das Verhältnis von Knaben zu Mädchen 1 : 2,5; bei der jüngeren Gruppe etwa 1 : 1,5; bei der älteren 1 : 3.

Unter den tödlichen Suicidhandlungen findet sich die gleiche Anzahl bei Knaben und Mädchen bis zu 13 Jahren, zwischen 14 und 17 aber überwiegen die Knaben mit 1 : 0,7. Die Zahlen von Selbstmorden und Selbstmordversuchen verhalten sich wie 1 : 18, es bestehen aber Unterschiede in den Altersgruppen: Bei den Jüngeren beträgt der Suicid zum Suicidversuch 1 : 8, bei den Älteren dagegen 1 : 28. 12 von 13 Ausländern waren Mädchen.

d) Rezidive

10 Patienten wiederholten den Suicidversuch einmal, einer zweimal. Hinzu kommen noch 13 Patienten (12 der Suicidversuche und 1 der Suicides), die vorher schon einen Suicidversuch gemacht hatten.

Nachdem sie dabei nicht während des Untersuchungszeitraumes in eine der hiesigen Kliniken eingeliefert worden waren, blieben diese Handlungen unberücksichtigt. Zusammen sind dies also 25 Rezidive, 7 bei Knaben und 17 bei Mädchen, was etwa der Gesamtverteilung der Geschlechter entspricht. Die prozentuale Verteilung von Rezidiven in den beiden Altersgruppen zeigt Tabelle 4.

Tab. 4: Prozentualer Anteil der Rezidive an der Gesamtzahl, aufgeteilt nach Altersgruppen

Suicid	bis 13	14 - 17	zusammen
schon einmal probiert	2,9%	20,5%	16,5%

Von den 13 Ausländern wiederholten 4 ihren Suicidversuch (31 %).

Rezidive ereigneten sich, mit einer einzigen Ausnahme, erst jenseits des 13. Lebensjahres.

Zwischen dem Suicid und seiner Wiederholung lag in der Mehrzahl ein Zeitraum von rund einem halben Jahr, nur bei dreien betrug der Abstand 4 Jahre.

2. Art der suicidalen Handlung

Die bei den suicidalen Handlungen angewandten Methoden lassen sich in aktive und passive unterteilen. Von den aktiven kamen im hier untersuchten Krankengut vor:

Erhängen

Erschießen

Pulsaufschneiden

Sprung aus größerer Höhe.

Daneben als passive Methoden:

Tabletteningestion

Alkoholvergiftung

andere Vergiftung

Tab. 5: Methoden bei Suicid und Suicidversuch, auf-
geschlüsselt nach Altersgruppen und Geschlecht

Methode	Geschlecht	bis 13	14-17	zusammen
Erhängen	männlich	2	3	5
	weiblich	1	-	1
Erschießen	männlich	-	1	1
	weiblich	1	-	1
Sprung aus großer Höhe	männlich	-	2	2
	weiblich	-	2	2
Pulsauf- schneiden	männlich	-	2	2
	weiblich	-	3	3
Gift	männlich	-	-	-
	weiblich	-	1	1
Alkohol	männlich	2	1	3
	weiblich	1	3	4
Tabletten	männlich	10	24	34
	weiblich	18	73	91

Tab. 6: Methoden bei gelungenem Suicid, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen und Geschlecht

Methode	Geschlecht	bis 13	14-17	zusammen
Erhängen	männlich	2	3	5
	weiblich	1	-	1
Erschießen	männlich	-	-	-
	weiblich	1	-	1
Sprung aus großer Höhe	männlich	-	-	-
	weiblich	-	1	1

Tab. 7: Methoden beim Suicidversuch, aufgeschlüsselt
nach Altersgruppen und Geschlecht

Methode	Geschlecht	bis 13	14-17	zusammen
Schuß	männlich	-	1	1
	weiblich	-	-	-
Sprung aus großer Höhe	männlich	-	2	2
	weiblich	-	1	1
Pulsauf- schneiden	männlich	-	2	2
	weiblich	-	3	3
Gift	männlich	-	-	-
	weiblich	-	1	1
Alkohol	männlich	2	1	3
	weiblich	1	3	4
Tabletten	männlich	10	24	34
	weiblich	18	73	91

Erhängen war in jedem Fall tödlich und kam als Suicidversuch nicht vor.

Pulsaufschneiden, Gifteinnahme, Alkohol- und Tablettenabusus endeten in keinem Fall mit dem Tod.

Einmal war Tabletteningestion mit Pulsaufschneiden kombiniert.

Große Mengen von Arzneimitteln wurden häufiger von den Älteren eingenommen, dabei kamen etwa doppelt soviel schwere Fälle als Kurzschlußhandlungen nach unauffälliger Vorgeschichte vor, nach Umständen und Motivation zu urteilen. Die Tatsache, daß wenige (unter 10) Tabletten eingenommen wurden, ließ nur bei der älteren Gruppe auch auf weniger ernste Ursachen schließen. Bei der jüngeren war keine Beziehung zwischen Tablettenmenge und Problematik des Falles zu erkennen.

In der Mehrzahl (85%) wurden Schlaf- und Schmerzmittel benutzt, in zwei Fällen Mischungen von 60 bzw. 100 verschiedenen Tabletten.

Ungewöhnlich waren 4 Fälle, bei denen 30 Tabletten Isozillin, 22 Tabletten Comotional, 15 Tabletten Digimerck und 16 Tabletten Clont eingenommen wurden.

Unter den analysierten Fällen waren 7, die Alkohol getrunken hatten. Im folgenden werden 3 kurz geschildert und jeweils einem Fall ähnlicher Konstellation gegenüber gestellt, bei dem Tabletten als Suicidmittel verwendet wurden.

Ein zehnjähriger Knabe war tagsüber bei der Großmutter. Als diese ihn für ein paar Stunden allein zurückließ, betrank er sich, vermutlich weil er sich einsam fühlte.

Ein elfjähriges Mädchen nahm unter fast genau den gleichen Umständen (bei ihr war es abends) 7 Schlaf-tabletten.

Ein dreizehnjähriges Mädchen trank, weil es sich überfordert fühlte, es lebte unter denkbar ungünstigen familiären Umständen.

Ein Knabe von dreizehn Jahren mit verständnisvollen Eltern nahm 20 Tabletten Optalidon, weil er in der Schule nicht mitkam und sich überfordert fühlte.

Ein Mädchen mit sechzehn Jahren wollte sich, wie es sagte, mit 1/4 Liter Slivovitz umbringen nach einem Streit mit dem Vater, der keinen Ausgang erlaubte und nur ihre Kleider und Haare kritisier-
te.

Ein unreifes, kindisches Mädchen mit sechzehn Jahren nahm ein paar Tabletten, nach einem Streit mit dem Vater, mehr aus Show als aus Ernst.

Nur bei einem Jungen, der sich auf dem Dachboden erhängte, ist der Suicid wahrscheinlich als Unfall zu deklarieren. Er hatte viele Cowboyfilme gesehen, in denen häufig Strangulationen vorgekommen waren, und wollte vermutlich Erhängen spielen.

Von Ausländern nahmen 45 % (im Gegensatz zu 10 % der anderen Kinder und Jugendlichen) 30 und mehr Tabletten ein. Andere Methoden kamen bei ihnen nicht vor.

3. Zeitpunkt der suicidalen Handlung

a) Tageszeit

In 82 Fällen fand sich eine Angabe über die Uhrzeit des Suicids bzw. Suicidversuchs oder

über die Uhrzeit der Einlieferung in die Klinik.
Am häufigsten waren die suicidalen Handlungen in
der Zeit zwischen 16.00 und 22.00 Uhr (Tab. 8,
Abb. 2).

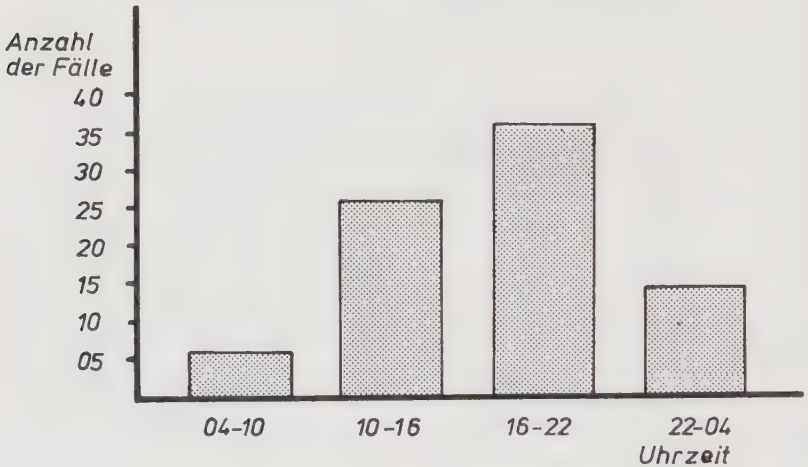
Tab. 8: Verteilung der suicidalen Handlungen

Alter	Geschlecht	4-10 früh	10-16 mittags	16-22 abends	22-4 nachts
bis 13	männlich	2	3	7	-
	weiblich	1	2	9	3

14 - 17	männlich	1	4	9	5
	weiblich	2	17	11	6

zusammen		6	26	36	14

Abb. 2: Tageszeitliche Häufung der Fälle



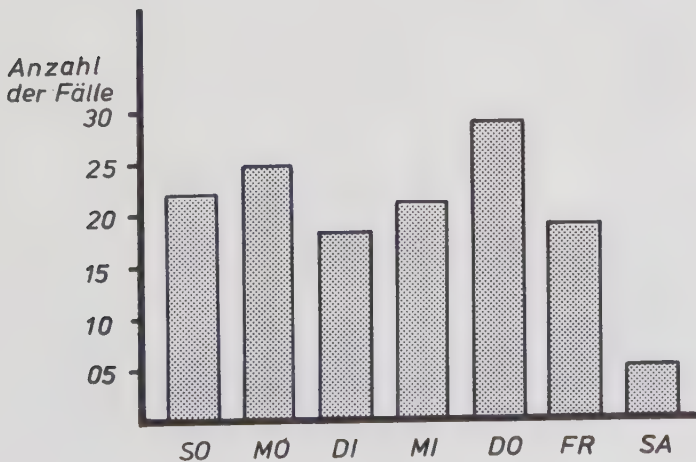
b) Wochentag

In 140 Fällen war der Wochentag angegeben. Von den 7 - 12- jährigen machte kein einziger freitags oder samstags einen Suicidversuch. Der Samstag hatte insgesamt die geringste Suicidquote, und diejenigen, die am Samstag eine suicidale Handlung begingen, waren alle über 15 Jahre alt. Die gelungenen Suicide häuften sich gegen Ende der Woche (Tab. 9, Abb. 3).

Tab. 9: Häufigkeit suicidalen Handlungen an den einzelnen Wochentagen

Wochentag	Suicidversuch	Suicid	zusammen
Sonntag	23	-	23 (17%)
Montag	25	-	25 (18%)
Dienstag	18	-	18 (13%)
Mittwoch	20	1	21 (15%)
Donnerstag	26	3	29 (21%)
Freitag	17	2	19 (13%)
Samstag	5	-	5 (3%)

Abb. 3: Anzahl der Fälle an den einzelnen Wochentagen



Abgesehen davon, daß Arbeitskonflikte nur wochentags und familiäre Unstimmigkeiten besonders sonntags auslösendes Moment waren, fanden sich kaum auffällige Abhängigkeiten zwischen Wochentag und Motiv. Die Schule spielte offenbar nur zwischen Sonntag und Donnerstag eine Rolle. Das Fehlen eines Elternteiles fällt vor allem während der Woche ins Gewicht.

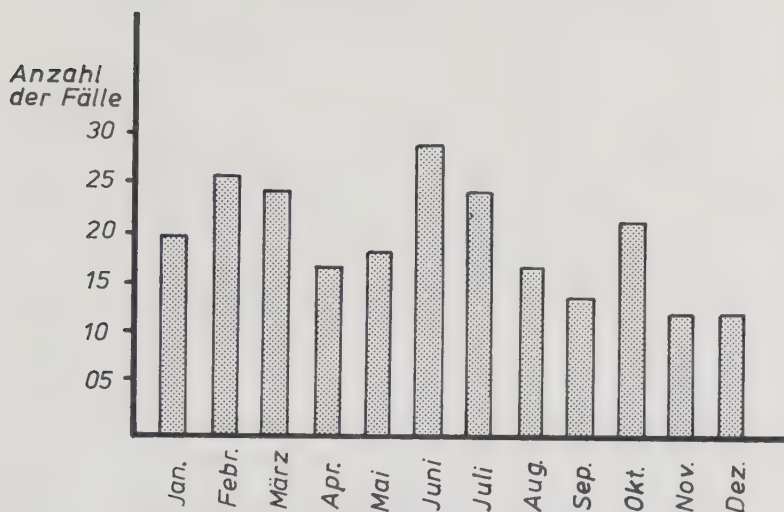
c) Monat

Die Verteilung auf die Monate zeigt Tab. 10.

Tab. 10: Häufigkeit suicidalen Handlungen in den einzelnen Monaten

Monat	Suicidversuch	Suicid	zusammen
Januar	12	1	13
Februar	16	1	17
März	14	2	16
April	10	1	11
Mai	12	-	12
Juni	18	1	19
Juli	16	-	16
August	11	-	11
September	9	-	9
Oktober	13	1	14
November	8	-	8
Dezember	7	1	8

Abb. 4: Anzahl der Fälle in den einzelnen Monaten



Der Häufigkeitsgipfel im Juni und Juli fällt mit Höchstzahlen bei den Motivgruppen "Familie" und "Freund- Freundin" (siehe später) zusammen; familiäre Ursachen kamen auch noch im März, Mai und Januar häufiger vor.

4. Sozialer Hintergrund

a) Eltern und Erziehung

Bei 127 Patienten war die familiäre Situation erwähnt.

- 7 hatten keinen Vater (Tod, Scheidung, Trennung)
- 5 hatten keine Mutter (Tod, Scheidung, Trennung)
- 9 hatten Stiefeltern
- 1 hatte Adoptiveltern
- 10 Elternpaare waren geschieden
- 9 Väter fehlten zur Zeit (häufig verreist, im
Ausland, im Gefängnis)
- 21 Mütter gingen zur Arbeit, ganz- oder halbtags

Dies fiel besonders bei den Jüngeren auf (bei den Älteren wurden darüber häufig keine Angaben gemacht), aber nur zweimal fehlte gleichzeitig der Vater (war gestorben), in 2 weiteren Fällen war eine Scheidung vorausgegangen. Relativ häufiger arbeiteten Mütter von Einzelkindern (41,6%), seltener Mütter mit mehr als einem Kind (20,3%).

Weitere Angaben über die familiären Verhältnisse sind in Tab. 11 zusammengestellt.

Tab. 11: Die familiären Verhältnisse, aufgeschlüsselt
nach Altersgruppen (in Prozent)

Angaben über die familiären Verhältnisse	bis 13	14-17	zusammen
Abwesenheit, Trennung, Scheidung, Tod der Eltern	57,2	33,6	38,8
Mutter arbeitet	35,7	12,9	17,7
Eltern launisch, streng, uninteressiert	35,7	14,1	18,9
Vater gefürchtet	32,1	25,2	26,8
Mutter gefürchtet	10,7	15,5	13,4
Heimerziehung	14,3	2,5	5,3
häuslicher Unfrieden	66,4	50,5	55,0
andere Geschwister bevorzugt	19,2	12,7	14,8

4 Kinder waren unehelich geboren, 2 davon wurden bei der Großmutter aufgezogen. 7 waren entweder früher im Heim gewesen oder jetzt noch dort wohnhaft, 5 wohnten ständig bei Verwandten (nur ältere Gruppe).

Bei mehr als 40 % war eines der Eltern dominierend bzw. streng und "Stein des Anstoßes" für das Kind. Dabei läßt sich mit steigendem Alter eine deutliche Veränderung im Verhältnis zu den Eltern wahrnehmen. Bei jüngeren Kindern gibt es so gut wie keinen "Streit mit den Eltern": sie reagieren passiv. So war in diesem Alter fast ausschließlich die Angst, die Eltern könnten schimpfen, Grund für den Suicidversuch. Bei den wenigen Fällen in der jüngeren Gruppe, wo es solche Auseinandersetzungen gab, führten die Eltern regelmäßig an, das Kind sei "schon immer schwierig" gewesen. Bei den älteren Kindern hatte es in über 35 % eine Auseinandersetzung mit den Eltern gegeben. Über den Anlaß gibt Tab. 12 Auskunft:

Tab. 12: Anlaß für die Auseinandersetzungen mit den Eltern, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen

	Anlaß	Anzahl der Fälle	
		bis 13	14-17
8 %	Kleidung, Haare, Rauchen	1	4
5 %	Kauf eines Mopeds	1	2
30 %	zu spätes Heimkommen oder Ausgehen allgemein	1	18
28 %	Freund bzw. Freundin, die den Eltern nicht gefielen	0	18
6 %	Streit der Eltern unter- einander (nur bis 14 Jahre)	1	3
12 %	wollten deshalb nicht nach Hause	5	3
5 %	wollten lieber in ein Heim als nach Hause	0	3

Unter den 13 Ausländern fehlte bei 5 ein Elternteil; in allen Fällen waren innerfamiliäre Divergenzen Anlaß für

den Suicidversuch. Dabei war in 6 Fällen den Angaben zu entnehmen, daß die Entfernung vom Heimatland eine Rolle spielte.

b) Die Geschwister

Bei 81 Patienten (= 53 %) war etwas über die Geschwister bekannt.

Bei einem Patienten war lediglich notiert, daß er Geschwister habe, bei 7 Fällen wurde nur die Anzahl der Geschwister genannt (1, 1, 2, 4, 5, 5, 6). Von den restlichen 73 Patienten war die Stellung in der Geschwisterreihe angegeben (Tab. 13):

Tab. 13: Stellung der Patienten in der Geschwisterreihe

Einzelkinder	12 (14,8 %)
1. Kind von 2 Geschwistern	15 (18,6 %)
1. Kind von mehreren Geschwistern	6 (7,4 %)
Älteste Kinder	21 (26,0 %)
2. Kind von 2 Geschwistern	8 (9,9 %)
2. Kind von mehreren Geschwistern	10 (12,3 %)
Zweitälteste Kinder	18 (22,2 %)
Übertrag	39

Übertrag	39
3. Kind	14 (17,3 %)
4. Kind	2 (2,4 %)
5. Kind	4 (4,9 %)
6. Kind	1 (1,2 %)
8. Kind	1 (1,2 %)
zusammen	61
+ die 8 oben genannten	8
Kinder mit Geschwistern	69 (85,2 %)

28,4 % der Kinder kamen aus Familien mit 2 Kindern.

Familien mit Einzelkindern waren nur halb so stark vertreten (14,8 %). 56,8 % der Familien hatten mehr als 2 Kinder.

Gegenseitige Beeinflussung von Geschwistern beim Suicidvorhaben kam in 3 Fällen vor: Einmal gab die ältere Schwester auch ihrer jüngeren Schwester Tabletten, von denen sie selbst nahm, obwohl diese keinen Anlaß dazu hatte. In einem zweiten Fall hatte die jüngere Schwester dem 2 Jahre älteren Bruder ein

paar Monate vorher einen Suicidversucht "vorgemacht". Im dritten Fall hatte der ältere Bruder schon 3 Suicidversuche hinter sich, als die jüngere Schwester es ebenfalls versuchte.

Dieser letzte Fall betraf ein ausländisches Kind. Sonst fielen bei Ausländerfamilien keine Unterschiede zu deutschen Familien auf.

c) Soziale Verhältnisse

4.1. Wohnort

Die meisten der jugendlichen Suicidalen, die hier erfaßt wurden, kamen - wie oben dargelegt - aus Erlangen und seiner näheren Umgebung. 6 Kinder stammten aus Nachbarstädten. Eine Dreiteilung in "Stadt", "Vorort" und "Land" wurde durch die vielen ländlichen Erlanger eingemeindeten Ortschaften notwendig. Hier wurden Alt-Erlangen, Erlangen-Buckenhof zur "Stadt" Erlangen gerechnet, da beide Stadtcharakter haben, sowie 6 fränkische Nachbarstädte. Zu "Vororten" wurden gezählt: Bruck, Büchenbach, Tennenlohe, Bubenreuth, Uttenreuth, Herzogenaurach sowie Großgründlach und Neustadt bei Coburg.

Nur 7 blieben ohne Angabe des Wohnortes, die prozentualen Angaben beziehen sich also auf die restlichen 145. Tabelle 14 schließt Suicide und Suicidversuche gleichermaßen mit ein.

Tab. 14: Herkunft der Patienten, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter	Geschlecht	Stadt	Vorort	Land
bis 13	männlich	5	4	6
	weiblich	7	8	3
14-17	männlich	11	6	13
	weiblich	43	19	20

zusammen		66	37	42
in Prozent		45,5%	25,2%	29,3%

Die Bewohner der "Stadt" sind mit 45,5 % eindeutig in der Mehrzahl. Zählt man die Vororte dazu, die ja einen teilweise städtischen Charakter haben, sind es 70,7 %.

4.2. Beruf der Eltern

Der Beruf der Eltern war fast nur auf den Krankenblättern der Kinderklinik festgehalten. Bei 41 Patienten handelt es sich vornehmlich um die jüngeren Altersgruppen:

Arbeiter, Handwerker, Gastwirte	23 (56 %)
Angestellte	11 (27 %)
Akademiker, vor allem Diplom-	
Ingenieure	7 (17 %)

Bei Ausländern waren nur selten Berufe angegeben.

4.3. Tätigkeit der Kinder und Jugendlichen

Angaben zur Tätigkeit fanden sich bei 92 % der Probanden.

In Tab. 15 werden sie nach Alters- und Geschlechtsgruppen getrennt aufgeführt (alle Kinder bis 13 Jahre gelten als Schüler).

Tab. 15: Tätigkeit der Probanden, aufgeschlüsselt
nach Alter und Geschlecht

Stand	Geschlecht	bis 13	14-17	zusammen
Schüler	männlich	14 (9,2%)	10 (6,4%)	24 (15,6%)
	weiblich	21 (13,8%)	43 (28,2%)	64 (42,0%)
	zusammen	35 (23,0%)	53 (34,9%)	88 (58,6%)
Lehrling	männlich	-	13 (8,5%)	13 (8,5%)
	weiblich	-	22 (4,5%)	22 (14,5%)
	zusammen	-	35 (23,0%)	35 (23,0%)
Arbeiter	männlich	-	5 (3,2%)	5 (3,2%)
	weiblich	-	10 (6,4%)	10 (6,4%)
	zusammen	-	15 (9,6%)	15 (9,6%)
ohne				
Tätigkeit		-	4 (2,6%)	4 (2,6%)
ohne Angabe		-	11 (7,2%)	11 (7,2%)

Von den ausländischen Kindern und Jugendlichen waren
10 Schüler, 2 Lehrlinge, 1 Arbeiter und 1 ohne Be-
schäftigung.

Die größte Gruppe machen also die Schüler aus; in der Gruppe der 14 - 17- jährigen sind sie ebenso stark vertreten wie Lehrlinge und Arbeiter zusammen. Besonders häufig sind Schülerinnen zwischen 14 und 17 vertreten, nämlich mit 28,2 % der Gesamtzahl aller untersuchten Suicide, ihre Zahl ist doppelt so hoch wie die der weiblichen Lehrlinge und Arbeiter zusammen. Über die schulische Leistung bzw. das Verhältnis zur Schule in beiden Altersgruppen gibt Tabelle 16 Aufschluß.

Tab. 16: Schulische Leistungen, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen

Schulische Leistung	bis 13	14-17	zusammen
gut	32,1	20,7	26,3
mittel	35,8	24,2	29,8
schlecht	32,1	55,1	43,9
Angst vor der Schule	17,8	6,5	11,7

4.4. Religion

Die Religionszugehörigkeit war nur bei einem Drittel der Patienten vermerkt und verteilte

sich gleichmäßig auf die evangelische und katholische Konfession.

5. Persönliche Vorgeschichte

Angaben über die Person und ihre Vorgeschichte waren sehr unvollständig, doch fanden sich oft charakteristische Einzelheiten. Dazu gehören die Kompensationsmechanismen, die häufig einer suicidalen Tat vorausgingen, vor allem bei den Jüngeren. Als solche gelten: Weglaufen, Diebstähle, häufige Kopfschmerzen, Einnässen, Herzschmerzen, Magenschmerzen, Dysmenorrhoe, Müdigkeit, Drang nach Süßigkeiten, "glatte Persönlichkeitsfassade", Tablettenabusus, Anorexie, geistige Abwesenheit.

Bei einem Drittel der Patienten waren beim Aufnahme-gespräch ein oder mehrere dominierende Charaktermerkmale genannt worden:

58 % Depressivität, Ängstlichkeit, Labilität

34 % Verslossenheit, Apathie

16 % Auflehnung und Aggressivität

Für die Zeit unmittelbar vor dem Suicid wurden die in Tabelle 17 aufgeführten Angaben gemacht.

Tab. 17: Anamnesen, den Suicid direkt betreffend, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen (Zahlen in Prozent der jeweiligen Altersgruppe bzw. der Gesamtzahl)

	bis 13	14-17	zusammen
öfters daran gedacht	3	12	10
Vorwarnung gegeben	11	4	6
Abschiedsbrief geschrieben	6	6	6

Insgesamt hatte bei mehr als 2/3 der Kinder und Jugendlichen eine längere Problemgeschichte zur suicidalen Handlung geführt, nur bei einem Drittel ließ die Anamnese eine Kurzschlußhandlung vermuten.

6. Anlaß und Motiv

Auf 93 % aller Krankenblätter war ein Anlaß für die suicidalen Handlung vermerkt. Die verschiedenen Angaben wurden in Tabelle 18 - nach Häufigkeit geordnet - zusammengestellt. Die Zahlen sind Prozentzahlen innerhalb der jeweiligen Altersgruppe bzw. die Summe aller Angaben in Prozent der Gesamtzahl.

Tab. 18: Angegebener Anlaß für den Suicidversuch, auf-
geschlüsselt nach Altersgruppen

Anlaß	bis 13	14-17	zusammen
Familie	50,0	51,4	51,0
Freund / Freundin	6,6	26,2	22,0
Schule	24,1	9,9	12,7
Arbeit	-	7,3	5,6
Einsamkeit	10,0	2,6	4,7
Versagensangst	-	2,6	2,0
Anpassungsprobleme	10,0	-	2,0

Wenn die Schule als Motiv für einen Suicidversuch benannt wurde, wurden immer durchschnittliche bis schlechte Noten geschrieben.

Als Leitmotiv zeichnen sich also in der Gruppe bis zu 13 Jahren Familie und Schule, bei den 14-17-jährigen Familie und Freund /Freundin ab. Unter den Ausländern waren in der Mehrzahl familiäre Probleme ausschlaggebend, wobei die Entfernung von der gewohnten Umgebung für Eltern und Kinder eine Rolle gespielt haben mag, wie aus einigen Hinweisen hervorging.

Bei den Jüngeren fand sich vier Mal der Vermerk: "Körperlich akzeleriert"; bei den Älteren war zwei Mal "Minderbegabung" festgestellt worden.

4 Knaben zeigten Verhaltensstörungen, einer davon starb durch Erhängen, zwei weitere wiederholten ihren Suicidversuch noch einmal im Beobachtungszeitraum; der vierte wurde einmal wegen Exhibitionismus festgenommen.

Inwieweit tatsächlich eine Selbsttötung beabsichtigt war, ging oft nicht klar aus den Krankenblättern hervor. Immerhin wurde bei 5 Patienten aus der jüngeren und bei 16 aus der älteren Gruppe vermerkt, sie hätten sterben wollen. Von 17 Probanden war bekannt, daß sie aus Verzweiflung gehandelt hatten. 44 hatten den Suicid versucht, ohne es sich lange überlegt zu haben, oft aus Trotz oder um einem anderen "einen Denkwort zu verpassen". 3 Patienten sagten hinterher, es sei ihnen egal, ob sie nun lebten oder gestorben wären. Einige gaben jedoch zu, daß sie nun froh seien, noch zu leben. Nur "einfach schlafen" wollten 5, davon 3 aus der jüngeren Altersgruppe. Allen gemeinsam war, daß sie einer momentan unerträglichen Lebenslage entfliehen wollten. Leider fanden sich meist keine näheren Angaben über den psychopathologischen Hintergrund bei einzelnen Patienten.

III. BESPRECHUNG DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

In der vorliegenden Arbeit werden 152 Fälle von Suicid und Suicidversuch bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 17. Lebensjahr untersucht, wie sie den Krankengeschichten der Erlanger Universitätskliniken und den Akten der Erlanger Kriminalpolizei im Zeitraum vom 01. 01. 1968 bis zum 02. 07. 1976 zu entnehmen waren.

Die Krankenblätter der einzelnen Kliniken enthielten unterschiedliche Angaben; manchen konnten genaue Informationen über Familie und Umstände des Herganges entnommen werden; Ambulanzkarten enthielten dagegen nur wenige Angaben zur Person und ihrer momentanen Verfassung. Deshalb sind die Einzeldaten dieser Untersuchung unvollständig; es dürfte aber die Erfassung für den Einzugsbereich der Erlanger Kliniken und den Berichtszeitraum vollständig sein. Es wurden durchschnittlich 18 suizidale Handlungen pro Jahr begangen; bei einem Einzugsbereich von etwa

180.000 Einwohnern beträgt die jährliche Anzahl suicidalen Handlungen von Jugendlichen bis zum 17. Lebensjahr 10 auf 100.000 Einwohner. Die jährliche Gesamtzahl stieg bis zum Jahr 1972 kontinuierlich an, danach nahm die Zahl etwas ab.

Im Verhältnis der Häufigkeit von Suicid und Suicidversuch stellte sich ein Unterschied zwischen den Altersgruppen der bis 13-jährigen und der älteren Kinder und Jugendlichen heraus: Bei den Jüngeren endeten die suicidalen Handlungen etwas häufiger tödlich als bei den Älteren. Dies läßt, soweit bei dem doch kleinen Zahlenmaterial möglich, vermuten, daß Jüngere die Wirkung der Selbstmordmittel vielleicht unterschätzten; möglicherweise machen sie sich auch über die Endgültigkeit des Todes weniger Gedanken als die älteren Jugendlichen.

Vergleicht man die Anzahl der Mädchen und Knaben, so wird deutlich, daß Mädchen schon in der jüngeren Altersgruppe, vor allem aber im Alter zwischen 14 und 17 überwiegen. Dies war besonders bei den Ausländern der Fall. Es mag daran liegen, daß Knaben die Folgen

mehr bedenken und deshalb nicht spontan handeln, wie Mädchen.

In der jüngeren Gruppe wiederholte nur einer den Suicidversuch, in der oberen Altersgruppe bis zum 17. Lebensjahr kamen jedoch in 20 % Rezidive vor, bei den Ausländern stieg diese Zahl sogar auf über 30 % an. Wenn man bedenkt, daß zwischen Suicidversuch und Wiederholung in den meisten Fällen weniger als ein halbes Jahr verging, liegt es nahe, in diesen Fällen auf größere Ernsthaftigkeit der Selbstmordabsicht zu schließen: Meist lagen gestörte familiäre Umstände vor, an denen der erste Suicidversuch auf Dauer nichts zu ändern vermochte.

Unter den Suicidmethoden dominierte eindeutig die Tabletteningestion, besonders bei den weiblichen Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren.

Was die Menge der eingenommenen Tabletten betraf, so ließ sich eine gewisse Korrelation zur Schwere der auslösenden Lebenssituation herstellen: Nur in der oberen Altersgruppe waren bei geringen Tablettenmengen auch die situativen Umstände anscheinend weniger

bedrückend, während sich bei den Jüngeren diese Beziehung nicht herstellen ließ. Größere Mengen von Tabletten wurden in gleicher Weise bei geringfügigen wie bei schwerwiegenden Anlässen eingenommen. Schlaf- und Schmerzmittel fanden am häufigsten Verwendung.

Von den "härteren" Suicidmethoden (Erhängen, Erschies-sen, Sprung aus größerer Höhe) war nur das Erhängen in jedem Fall tödlich.

Einige Alkoholvergiftungen wurden zu den Suicidversuchen gerechnet. Wenn auch als Ursache für kindlichen Alkoholgenuß in den meisten Fällen Neugier und Angeberei anzunehmen ist, so spielte doch bei den hier genannten Fällen noch eine andere Komponente mit, die alle suicidalen Handlungen gemeinsam haben: Der Versuch, aus der gegenwärtigen Situation auszubrechen, weil sie unerträglich empfunden wird. Ein Vergleich mit Fällen von Tabletten-ingestion läßt die Ernsthaftigkeit der suicidalen Absicht bei Alkoholintoxikation nicht geringer erscheinen.

Suicidale Handlungen werden am häufigsten abends begangen; dies ist wohl darauf zurückzuführen, daß die meisten Kinder in den Abendstunden zu Hause der familiären

Disharmonie und der Schulangst ausgesetzt waren, ohne sich zurückziehen zu können. Offenbar ließ jedoch die Aussicht auf das Wochenende besonders bei den Jüngeren die Konflikte in Schule und Familie in den Hintergrund treten, denn Feiertags und Samstags hatten erheblich weniger Suicidversuche stattgefunden als an den übrigen Wochentagen. Dies fiel besonders bei denjenigen Kindern der jüngeren Altersgruppe auf, bei denen ein Elternteil fehlte oder Adoptiveltern die Stelle der Eltern vertraten: Sie konnten offenbar während der Woche den familiären Auseinandersetzungen weniger leicht ausweichen als am Wochenende.

Die jährliche Verteilung der Suicidhäufigkeit zeigte keine nennenswerten Auffälligkeiten.

Anamnestische Angaben betrafen hauptsächlich die familiären Verhältnisse.

Oft fehlten die Väter, ganz oder für begrenzte Zeit. Die Mütter fehlten wahrscheinlich deshalb nicht so häufig, weil in den meisten Fällen von Scheidungen die Kinder der Mutter belassen werden. Die Mütter gingen aber oft zur Arbeit. Gelegentlich waren auch Stief- und Adoptiveltern an die Stelle der eigentlichen Eltern getreten. Waren die Eltern vorhanden,

so wurden sie oft gefürchtet, was vor allem bei den Jüngeren ins Gewicht fiel; sie sahen dann aus Angst vor einem drohenden Zuhause den Selbstmordversuch als eine Ausweichmöglichkeit. Bei den Älteren ging der suicidalen Tat häufiger eine Auseinandersetzung mit den Eltern voraus, die in den meisten Fällen mit dem Umgang oder den Lebensgewohnheiten ihrer Kinder nicht zufrieden gewesen waren. Hier wurde der Suicidversuch meistens als ein Mittel gebraucht, sich durchzusetzen. Einen Streit zwischen den Eltern erlebten besonders Kinder bis zu 14 Jahren als schwere Belastung: Sie hatten das Bedürfnis, Partei zu ergreifen, was in ihnen wiederum Schuldgefühle erzeugte. Mit der Zeit aber schienen sie sich daran zu gewöhnen und Abstand zu gewinnen, denn bei den älteren Jugendlichen tauchte dieser Anlaß nicht mehr auf. Die These, Einzelkinder seien besonders suicidalgefährdet, ließ sich nicht bestätigen: 82,5 % der hier bearbeiteten Fälle waren Kinder mit Geschwistern. Dabei gingen 40 % der Mütter von Einzelkindern zur Arbeit, während dies nur halb so viele Mütter mit mehr Kindern taten. Unter Kindern und Jugendlichen mit Geschwistern schienen diejenigen besonders gefährdet zu sein, die nur noch ein kleineres Geschwister hatten.

Die Rivalitätssituation mit dem "Thronfolger" wirkte sich dort viel stärker aus als in Familien, wo noch mehrere andere Kinder nachfolgten. Insgesamt schien das erste Kind von 2 oder mehreren Kindern am gefährdetsten zu sein.

Gelegentlich beeinflussten sich Geschwister gegenseitig in ihren suicidalen Absichten.

Die meisten Probanden kamen aus der Stadt Erlangen und ihren eingemeindeten Vororten bzw. einigen wenigen entfernteren Orten gleicher Struktur. In den meisten Fällen waren die Eltern Arbeiter, Handwerker oder Gastwirte. Von den Probanden selbst war die überwiegende Mehrzahl Schüler.

Zwischen den Konfessionen ergaben sich keine deutlichen Unterschiede.

Die suicidalen Handlungen von Gastarbeiterkindern (mit einer Ausnahme nur Mädchen) hatten insgesamt einen mehr gewalttätigen Charakter. Zwar verwandten auch sie bloß "weiche" Suicidmethoden, aber sie nahmen durchschnittlich mehr Tabletten und wiederholten ihre Suicidversuche häufiger. Anlaß waren bei ihnen

immer innerfamiliäre Divergenzen, wobei auch die Entfernung vom Heimatland zum Konflikt beitrug.

Insbesondere die jüngeren Jugendlichen hatten vor ihrer Tat sogenannte Kompensationsmechanismen gezeigt, mittels derer sie zunächst, bewußt oder unbewußt, auf ihre Notsituation aufmerksam machten bzw. aus der Situation zu entkommen versuchten. Diese reichten von geistiger Abwesenheit über die Ausbildung einer "glatten Persönlichkeitsfassade" bis zu Diebstählen und Weglaufen. Nur knapp 20 % hatten direkt angegeben, sie hätten sich schon länger über den Suicidversuch Gedanken gemacht, bzw. eine Vorwarnung gegeben oder sogar einen Abschiedsbrief geschrieben. Jedoch war aus der ganzen persönlichen und familiären Anamnese zu schließen, daß etwa 2/3 schon länger in einer sich oft wiederholenden oder gar permanenten Konfliktsituation lebten. Nur bei einem Drittel scheint der Suicidversuch ein unüberlegter, plötzlicher Entschluß gewesen zu sein.

Als Grund für ihren Suicidversuch gaben über die Hälfte der Probanden familiäre Konflikte an, die auch häufig näher beschrieben wurden. Viele hatten

ausgesagt, ihre Eltern seien launisch, streng oder uninteressiert; ein großer Teil hatte Angst vor seinen Eltern.

Wenn der Freund bzw. die Freundin Anlaß für eine suicidale Tat gab, war eine Lockerung der Bindung bzw. ihre Auflösung erfolgt.

Wurde die Schule als Anlaß für den Suicidversuch angegeben, handelte es sich um mittelmäßige bis schlechte Schüler; bei ihnen war der Konflikt zwischen der tatsächlichen Leistung und den Leistungsanforderungen von Eltern und Schule der Auslöser gewesen.

Der Familie und ihrer Atmosphäre scheint die zentrale Rolle zuzukommen: Wenn die Familie keinen Halt bietet, können die Kinder auch andere Konflikte schlechter bewältigen. Wachsen sie jedoch in einer harmonischen Familie auf, überstehen sie leichter die außerfamiliären Krisensituationen.

IV. DISKUSSION

1. Der Selbstmordbegriff

- Todesvorstellung bei Kindern

Gewöhnlich werden Suicid und Suicidversuch unterschieden; LUKIANOWICZ (1968) differenziert Selbstmord, Selbstmordversuch, teilweisen Selbstmordversuch, Selbstmorddrohung, Selbstmordgedanken und symbolische Äquivalente für Selbstmord, wie Weglaufen. OTTO (1972) fügt dieser Reihe noch den "vorgetäuschten Selbstmord" hinzu.

Mc INTIRE und ANGLE (1971), Mitarbeiter eines amerikanischen Vergiftungszentrums, unterteilen nach Letalität: zufällige Vergiftung, "Kick" oder "Trip", suicidale Handlung (suicidal gesture) und Selbstmordversuch oder Selbstmord. Diese Einteilung sei gleichzeitig ein Gradmesser für die innere Aufgewühltheit des Täters.

NISSEN (1974) betont zwar die Notwendigkeit der Unterscheidung, muß aber zugeben, daß vollendete Selbstmorde oft ebenso wie "mißglückte Selbstmordversuche" bewertet

werden müssen. ASCHKHASSY (1969) plädiert eindrücklich dafür, Selbstmord und Selbstmordversuch bei Kindern gleich zu behandeln; dies wurde auch in der vorliegenden Untersuchung getan.

SIEGEL und GRUND (1973) halten den Terminus "Selbstmord" bei Kindern überhaupt für unangebracht, erst recht den Begriff "Freitod", denn die Tat geschehe aus Unfreiheit, aus innerer Verstrickung. Sie definieren Suicid als "entschlossene Abkehr vom Leben", Suicidversuch als "letzter verzweifelter Appell". Bei Kindern könne jedoch von Suicid in diesem Sinne nicht gesprochen werden, weil der Tod für sie noch nicht vorstellbar sei. Es handele sich mehr um "Unglücksfälle", man sollte alle kindlichen Suicide "mißlungene Suicidversuche" nennen. Auch BOLLEA und MAYER (1966) meinen, daß die "Todesvorstellung" bekannt sein müsse: nur wenn der Tod als irreversibel angesehen werde, könne man von Suicid sprechen. Nach GREER (1968) ist Suicidversuch "jede absichtliche, nicht tödliche Handlung von Selbstverletzung, die offensichtlich Selbstzerstörung zum Ziel hatte, wie vage und

zweifelhaft auch immer". NISSEN (1974) grenzt demonstrative und ernstgemeinte Selbstmordversuche als "parasuicidale Handlungen" vom Selbstmord ab. KOHLER und CHAMBARD (1967) unterteilten den Begriff "Suicidversuch" in Simulation und Betrug, Fluchtverhalten ("conduite de sort") und mißglückten Selbstmord. POROT (1969) wehrt sich entschieden gegen die Unterscheidung zwischen ernsthaftem und demonstrativem, betrügerischem, simuliertem Suicidversuch: Wenn man ihn für "nur Erpressung" halte, wolle man gleichsam einen Simulanten überführen und ihm a priori alle Sympathie und Hilfe verweigern, als ob er auf unehrliche Weise etwas gewinnen wolle: Dazu habe man nicht das Recht. Die Alternative "ernsthaft" - "nicht ernsthaft" rühre vielmehr daher, daß der Betreffende sich nicht entscheiden könne, ob er leben oder sterben wolle. DUCHE (1968) wertet allein die "suicidale Geste", welche er in Selbstmorddrohung, fiktiven Selbstmordversuch und ausgeführten Selbstmordversuch einteilt. Die Geste sei bei Suicid und Suicidversuch gleich, der tödliche Ausgang meist nur zufällig.

Noch weiter faßt AMMON (1973) den Selbstmordbegriff als "Selbstmordgeschehen", das nicht nur Selbstmordhandlung bzw. Selbstmordversuch umfaßt, sondern auch "die destruktive Dynamik des jeweils spezifischen Lebensgeschehens", welche im Finalakt der Selbstmordhandlung lediglich kulminiert.

Zunächst kann der behandelnde Arzt den Grad der "destruktiven Dynamik" nur rückblickend anhand objektiver Kriterien zu erkennen versuchen. STENGEL und COOK (1972) bemessen die Lebensbedrohlichkeit des Selbstmordversuches nach vier Graden:

1. Absolut hoch: Selbstmordversuch mit dauernder oder vorübergehender schwerer Körperschädigung und Lebensgefahr (selten überlebt).
2. Relativ hoch: Suicidversuche, die tödlich hätten ausgehen können, wenn nicht unerwarteterweise jemand eingegriffen hätte.
3. Relativ harmlos: Suicidversuche, die nur unter ungünstigen Verhältnissen hätten zum Tode führen können.

4. Absolut harmlos: nach den angewendeten Mitteln und der Selbstmordsituation unter keinen Umständen lebensbedrohende Suicidversuche.

BIENER und BURGER (1976) legen einen anderen Maßstab an: Harte Methoden, wiederholte Suicidversuche und Doppel-Suicide lassen auf Ernsthaftigkeit schließen. BÖCKER (1970) mißt die Ernsthaftigkeit am Lebensalter, den Methoden und der psychiatrischen Diagnose. SHEARER (1972) hält die Suicidabsicht für ernsthaft, wenn alle Tabletten aus einem Röhrchen geschluckt wurden, der Patient über deren Wirkungsweise Bescheid wußte, zur Zeit des Suicidversuchs Menschen im Haus waren und die Tat nicht vorher angekündigt bzw. gleich anschließend jemandem erzählt wurde.

BÖCKER (1970) schließt auf Ernsthaftigkeit bei brutalen (harten) Methoden (außer Pulsaufschneiden), z. B. bei Ingestion von Gift oder mehr als 20 Tabletten. Auf Ernsthaftigkeit weisen seiner Ansicht nach auch folgende Kriterien hin: Endogene oder körperlich begründbare Psychosen und organisch bedingte Wesensänderungen nach Hirntraumen, bei Epilepsien

oder frühkindlichen Hirnschädigungen. Gefährdet seien immer auch männliche asthenisch-unsichere Jugendliche und depressive Psychopathen.

FEUERLEIN (1975) hält bei Drogensüchtigen die Abgrenzung für besonders schwierig; was Absicht sei, was nicht, könne nur selten bestimmt werden. LEMPP (1976) spricht geradezu von einem "Sinnlosigkeitskult", dem durchaus eine absichtliche Passivität, ein Sich-zerstören-lassen-Wollen zugrunde liegen könne. HALDANE und HAIDER (1967) ziehen derartige Anhaltspunkte in Zweifel. Sie seien an sich kein Maßstab für Ernsthaftigkeit oder klares Bewußtsein von einem endgültigen Tod: sie berichten von einem stark depressiven Jungen, der nur 4 Tabletten nahm, während ein anderer, aggressiv und rebellisch, ohne jeden Wunsch zu sterben, 70 Tabletten schluckte. LUNGERSHAUSEN (1966) meint, viele Kinder überschätzten die Wirksamkeit ihrer Methode, besonders der Tabletten, weshalb man die Einnahme von nur wenigen Schlaftabletten oft durchaus als ernstgemeinte Selbstmordabsicht werten dürfte. Auch sei die Beschaffung der Mittel für ein Kind schwieriger, diese wären deshalb oft unzureichend.

Bei unseren Untersuchungen war festzustellen, daß bei den über 14- jährigen Jugendlichen eine geringe Tablettenmenge einer wenig ernst gemeinten "suicidalen" Tat entsprach. Größere Tablettenmengen wurden gleichermaßen in leichten wie schweren Fällen eingenommen.

Oft ist die Suche nach objektiven Kriterien schwierig, selbst wenn die Jugendlichen in einem Abschiedsbrief oder nach einem Suicidversuch angaben, sie hätten sich ernstlich töten wollen.

STENGEL und COOK (1969) halten die Selbsttötungsabsicht für ernst, wenn sie eindeutig ist; sie sei "mäßig ernst", wenn die Absicht klar, aber schwankend erscheine; sie sei "gering", wenn die Absicht als "unklar", oberflächlich und schwankend gewertet werden müsse.

BÖCKER (1970) sagt, alle Suicidalen hätten nicht den Tod, sondern das Motiv im Auge. Sie fliehen aus einer unerträglichen Situation vom Leben in den Tod (STUTTE, 1967), weil sie nicht wissen, was sie sonst tun könnten (MANGOLD und SEIDL, 1974). Dabei sind vier Fünftel aller suicidalen Jugendlichen in dem festen Glauben, daß der Tod nicht eintreten werde (KESSEL). TALEGHANI (1974) erklärt dies als Unfähigkeit, sich selbst über sein Schicksal zu stellen.

Hier stellt sich die Frage nach der Todesvorstellung von Kindern. DUCHE (1968) meint, die Tatsache "Tod" werde vom Kind überhaupt nicht wahrgenommen. Erst durch Erfahrung wachse das Wissen um Fortgehen, Abwesenheit, Fehlen einer nahestehenden Person, und die eigene Machtlosigkeit demgegenüber.

Konkrete Vorstellungen von Wesen und Endgültigkeit des Todes bilden sich, wie NISSEN (1974) ausführt, frühestens im Alter von 7 bis 8 Jahren. Vorher wird nur erkannt (STERN, 1969), daß Tod und Alter zusammengehören; Sterben wird für reversibel gehalten. LEMPP (1976) vergleicht es mit dem "Totwünschen" eines Kindes: "Ich will, daß Du tot bist!"; dies bedeute eigentlich nur, "Ich möchte, daß Du jetzt nicht da bist!".- HARBAUER (1973) vergleicht den Todeswunsch des Kindes auch mit dem Wunsch, zu verreisen. Nach EGGERS (1974), besitzen aber schon 6- 7- jährige Kinder eine Todesvorstellung, die derjenigen ihrer Erzieher ähnelt. Bei 8 Jahre alten Kindern beschreibt EGGERS Todesangst, die allerdings weniger das Sterben betrifft als die Begleitumstände, wie das im Grab-Liegen. STERN meint, mit 8- 9 Jahren würde die Endgültigkeit des Todes erfaßt;

BOLLEA und MAYER (1966) geben zu bedenken, daß emotionelles Erfassen dem geistigen Verstehen nachhinkt. So ist es nicht verwunderlich, wenn WINN und HALLA (1966) einen 9-jährigen Jungen beschreiben, der sich töten wollte, um mit seiner Verletzung einen Krankenhausaufenthalt ermöglicht zu bekommen. Ein 10-Jähriger hätte sich fast ertränkt, weil er dachte, sterben sei lustig. Eine aufschlußreiche Übersicht über die kindliche Todesvorstellung in den verschiedenen Altersstufen geben MC INTIRE und ANGLE (1971), (Tabelle 19).

Tab. 19: Die kindliche Todesvorstellung in den verschiedenen Altersstufen (nach MC INTIRE und ANGLE (1971))

Todesvorstellung	Alter				Summe
	6-10	11-13	14-16	17-18	
schlafähnlich, möglicherweise reversibel	36 %	18 %	15 %	13 %	15 %
irreversibel	18 %	5 %	6 %	3 %	6 %
ewig, aber mit spirituellem Weiterleben	32 %	40 %	31 %	23 %	29 %
vollkommenes Ende	14 %	37 %	48 %	61 %	50 %
Anzahl der Befragten	28	57	245	185	515

Kranke Kinder und Jugendliche können allerdings schon früher als andere Todesgedanken haben: EGGERS (1974) weist hin auf schizophrene Kinder. Mit entsprechender psychischer Vorbelastung haben sie frühzeitig Verständnis und sogar Bewunderung für Selbstmörder (STORK, 1972). In der Vorstellung von 14 - 18- Jährigen, kann dann der Tod das absolute Ende bedeuten, wie MC INTIRE und ANGLE (1971) feststellen, oder aber (STORK, 1972), etwas Beruhigendes und Friedfertiges, eine Erlösung vom Leben. Im Blickpunkt steht hier also die Loslösung aus dem bedrängenden Konflikt, nicht die Suche nach dem Totsein.

STENGEL (1969) sagt: "Die meisten Menschen, die Selbstmordhandlungen begehen, wollen nicht entweder sterben oder leben. Sie wollen beides gleichzeitig, gewöhnlich das eine mehr, oder viel mehr als das andere. Es ist unpsychologisch, von Menschen in Krisenzuständen zu erwarten, daß sie genau wissen, was sie wollen, und entsprechend handeln".

SHEARER (1972) berichtet dazu, 23 % seiner Probanden wollten sterben, aber vielen sei es gleichgültig gewesen; denn das Leben schien ihnen nicht lebenswert und vom Leben nach dem Tod hatten sie keine Vorstellung.

In unserer Untersuchung war die Zahl derer, die angeblich sterben wollten, weitaus größer als die Zahl derjenigen, die angaben, es sei ihnen gleichgültig gewesen, ob sie gestorben oder am Leben geblieben wären. Leider waren in den zur Verfügung stehenden Akten keine näheren Angaben zu finden, was im Einzelfall mit der suicidalen Tat eigentlich beabsichtigt gewesen war.

Am deutlichsten schildert wohl der bei VEDRIENNE (1974) zitierte Abschiedsbrief den Zustand, den sich der jugendliche Selbstmörder eigentlich wünscht: "Ich könnte so nicht weiterleben, das Leben wird immer unerträglicher für mich ... Übrigens habe ich, wenn ich diese Tabletten schlucke, nicht die Absicht, mich zu töten, deshalb nehme ich auch nur eine Rolle, wenn ich nicht doch alle nehme. Ich möchte bloß im Coma bleiben können, weil ich kein Vertrauen habe auf das, was nach dem Tode kommt. So werde ich nicht tot, nicht lebendig, aber ohne Kummer sein. Ich werde nichts denken...".

2. Statistische Erhebungen

a) Häufigkeit, Alters- und Geschlechtsverteilung

Im Jahr 1973 veröffentlichte die WHO eine umfassende Statistik über Suicide und Suicidversuche,

vorwiegend in Ländern der westlichen Welt. Tabelle 20 zeigt die Anzahl der Todesfälle an Selbstmord bis zum 14. Lebensjahr in den Jahren 1950 bis 1969.

Tab. 20: Anzahl der Todesfälle an Selbstmord bis zum 14. Lebensjahr (WHO 1973), in den Jahren 1950 bis 1969

Land (Jahre)	Knaben	Mädchen	Summe
Canada (1950-1969)	30	4	34
USA (1960-1969)	173	39	212
Venezuela (1950-1969)	14	39	53
Japan (1950-1964)	143	69	212
Belgien (1955-1969)	6	1	7
Dänemark (1955-1969)	4	1	5
Frankreich (1955-1969)	37	10	47
Bundesrepublik (1955-1969)	123	34	157
Irland (1955-1969)	-	-	-
Italien (1960-1969)	23	11	34
Niederlande (1950-1969)	10	1	11
Norwegen (1960-1969)	2	-	2
Spanien (1955-1964)	18	2	20
Schweiz (1950-1969)	15	3	18
Großbritannien (1950-1969)	17	5	22
Australien (1950-1969)	11	2	13
Neuseeland (1950-1969)	3	-	3

Offizielle Statistiken wie diese sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten; denn nur ein Teil der Fälle wird

tatsächlich behördlich notiert, eine große Zahl bleibt im Dunkeln. POROT et al. (1969) halten es für unmöglich, eine verlässliche Statistik aufzustellen:

1. Suicidales Verhalten äußere sich nicht allzu häufig in einem Selbstmordversuch;
2. nicht alle Selbstmordversuche gelängen;
3. viele Fälle würden nicht erfaßt, weil sich niemand dafür interessiere;
4. Selbstmordversuche würden oft von der Familie verheimlicht, die Verantwortlichen nähmen die Suicidversuche nicht ernst oder fürchteten ein Bekanntwerden und Nachforschungen der Polizei (letzteres bestätigen auch LUKIANOWICZ (1968) und HARBAUER (1973));
5. deshalb würden auch manche Todesfälle nicht mit ihrer wahren Ursache gemeldet.

Aus den obengenannten Gründen muß mit einer großen

Dunkelziffer gerechnet werden (OTTO, 1972). Sie ist bei vollendeten Selbstmorden relativ gering; für Selbstmordversuche aber schätzen sie verschiedene Autoren sehr unterschiedlich ein. THOMAS (1976), SIEGEL und GRUND (1973) halten sie für mindestens so hoch wie die registrierte Anzahl, STENGEL für siebenmal und LUNGERSHAUSEN (1966) für zehnmal so hoch wie die in öffentlichen Statistiken erfaßte Zahl. Die unterschiedlichen Vermutungen über die Dunkelziffer spiegeln sich in Schätzungen und Beobachtungen über das Verhältnis von Selbstmord zu Selbstmordversuch (Tabelle 21).

Tab. 21: Beobachtungen und Schätzungen über das Verhältnis von Selbstmordversuch - sofern angegeben - (SMV) zu Selbstmord (SM) nach Geschlecht und Alter (Angaben verschiedener Autoren)

Autor (Jahr)	männlich weiblich	Alter	SMV	:	SM
LUNGERSHAUSEN (1966)			1,7	:	1
CERNY (1968)	männlich		3	:	1
	weiblich		20-25	:	1
OTTO (1972)	männlich		3-4	:	1
	weiblich		25-30	:	1
DAVIDSON et al. (1972)			7,4-9	:	1
NISSEN (1974)		10-15	10	:	1
BÖCKER (1972)	männlich	10-15	25	:	1
	weiblich	10-15	50	:	1
GERAUD (1968)			50	:	1
MC INTIRE u. ANGLE (1971)			50-150	:	1

Einen Hinweis auf die Häufigkeit von Suiciden gibt
GUIDEVAUX: In Frankreich sterbe jeder zehnte Jugendliche durch Selbstmord. Auch nach DAVIDSON et al. (1972)

ist in Frankreich der Anteil der Mortalität durch Selbstmord an der Gesamtmortalität stark gestiegen. Die wahre Bedeutung dieses Anstiegs der Mortalität infolge Selbstmord wird klar, wenn man bedenkt, daß Dank der fortgeschrittenen Intensivmedizin gleichzeitig die Sterbezahl bei Jugendlichen in den letzten 10 Jahren erheblich sank, Suicide eingeschlossen. Tabelle 22 bringt zum Vergleich verschiedene Angaben zur Häufigkeit von Selbstmord als Todesursache.

Tab. 22: Häufigkeit von Selbstmord als Todesursache
nach verschiedenen Autoren

Autor (Jahr)	Ort	Alter	Häufigkeit
SCHECHTER und STERNLOF (1970)	Amerika	15-24	vierthäufigste
OSCHLIES (1976)	Ungarn	10-14	dritthäufigste
		15-19	häufigste
MÜLLER-KÜPPERS (1976)	BRD	ohne Angabe	zweithäufigste
SOUBRIER (1974)	Paris	ohne Angabe	zweit-oder
DAVIDSON et al. (1972)			dritthäufigste

FREJAVILLE (1974) in Frankreich hält dagegen die Mortalität nach Selbstmordversuchen bei Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 25 Jahren für gering: sie mache nur 1 % aus. Jugendliche seien somatisch "solider" als Erwachsene, deshalb endeten ihre Selbstmordversuche nicht so häufig tödlich.

Die meisten Autoren sind sich darüber einig, daß die Anzahl der suicidalen Handlungen in den letzten Jahren gestiegen sei.

Tabelle 23 zeigt, wie verschiedene Autoren die Steigerung der Selbstmordrate in den letzten Jahren beurteilen.

Tab. 23: Die Entwicklung der Selbstmordhäufigkeit in den letzten Jahrzehnten (nach verschiedenen Autoren)

Autor (Jahr)	Land	Häufigkeit
CERNY (1968)	CSSR	verdoppelt seit 1955
MADLAND (1972)	Norwegen	im Stadtgebiet zugenommen
OTTO (1972)	Schweden	1955-1959 fast verdoppelt
NISSEN (1974)	BRD	seit 1954 verdoppelt
OSCHLIES (1976)	CSSR	ständiger Anstieg
MÜLLER-KÜPPERS (1976)	BRD	1950-1970 fast verdreifacht
Statistisches Jahrbuch	BRD	1954-1974 um 35,7 % gestiegen

Nur LUNGERSHAUSEN (1966), BIENER und BURGER (1976) sowie BIENER et al. (1976) sind der Ansicht, die Selbstmordhäufigkeit sei in den letzten Jahren gleich geblieben. Auch die schon erwähnte Statistik der WHO (1973) zeigt in nur wenigen Ländern einen signifikanten Anstieg der Selbstmordzahlen bei Jugendlichen bis zu 14 Jahren (Tabelle 24).

Tab. 24: Die Entwicklung der absoluten Selbstmordzahlen bei Kindern und Jugendlichen von 1950 bis 1969 in verschiedenen Ländern (nach WHO, 1973)

Land	1950-1954	1955-1959	1960-1964	1965-1969
Canada	4	5	10	15
USA	-	-	93	119
Venezuela	4	7	9	17
Japan	50	82	80	-
Belgien	-	2	1	4
Dänemark	-	3	1	1
Frankreich	-	11	14	22
Bundesrepublik	-	50	45	62
Italien	-	-	16	18
Niederlande	2	1	3	5
Norwegen	-	-	1	1
Spanien	-	10	10	-
Schweiz	2	6	4	6
Großbritannien	5	5	6	6
Australien	2	3	3	5
Neuseeland	1	1	-	1

Die Entwicklung der Selbstmordanzahl in der BRD läßt sich aus Tabelle 25 ablesen.

Tab. 25: Die Entwicklung der Anzahl von Selbstmorden und Selbstmordversuchen bei Jugendlichen und Kindern bis zu 15 Jahren in der BRD seit 1953 (nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bzw. des Bundeskriminalamtes).

Jahr	Selbstmorde			Selbstmordversuche		
	männl.	weibl.	Gesamt	männl.	weibl.	Gesamt
1953	41	12	53	134	289	423
1954	44	12	56	170	385	555
1955	48	10	58	235	486	721
1956	44	11	55	253	553	806
1957	25	19	44	273	565	838
1958	42	12	54	309	713	1022
1959	27	15	42	291	699	990
1960	38	9	47	288	784	1072
1961	22	12	34	276	756	1032
1962	43	9	52	291	664	955
1963	26	15	41	290	611	901
1964	44	5	49	(hier endet die offizielle Statistik)		
1965	44	12	56			
1966	54	9	63			
1967	44	6	50			
1968	51	12	63			
1969	62	15	77			
1970	66	21	87			

Fortsetzung Tab. 25:

Jahr	Selbstmorde		Gesamt
	männl.	weibl.	
1971	66	8	74
1972	46	12	58
1973	52	14	66
1974	57	19	76

Nach unseren eigenen Erhebungen stieg die Häufigkeit suicidalen Handlungen bis zum Jahr 1972 an, war aber danach wieder rückläufig.

Die wirkliche Häufigkeit von suicidalen Handlungen bleibt aber weitgehend im Dunkeln. Um sie annähernd richtig zu schätzen, kann eine Hochrechnung der Zahlen aus unseren eigenen Untersuchungen nützlich sein: Bei durchschnittlich 18 suicidalen Handlungen jährlich in einem Einzugsbereich von rund 180.000 Einwohnern müßte für die Altersgruppen bis zu 17 Jahren die jährliche Anzahl in der BRD um 6.000 liegen, was die offiziellen Schätzwerte etwa um das fünffache übersteigt.

Über Suicidtendenzen unter Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren in Paris gibt eine Befragung bei 453 Schülern und 582 Schülerinnen durch STORK (1972) Auskunft (Tabelle 26).

Tab. 26: Angaben über Suicidtendenzen bei Schülern in
Paris (nach einer Befragung durch STORK (1972)):

Frage	Knaben	Mädchen
Schon einmal einen Suicidversuch gemacht?	7,5 %	13,0 %
Selbstmordtendenzen?	28,0 %	35,0 %
Selbstmordabsichten grundsätzlich nicht fremd?	8,8 %	9,5 %
Alle Fragen, die den Suicid betrafen, negativ	56,0 %	43,0 %

Demnach ziehen 57,5 % aller Schülerinnen und 44 % aller Schüler in Paris den Selbstmord als eine Möglichkeit in Betracht. Viele Autoren sprechen von einem deutlichen Geschlechtsunterschied: Allgemein wird beobachtet, daß in der Gesamtzahl der Selbstmordhandlungen die Knaben in den jüngeren, die Mädchen in den älteren Jahrgängen überwiegen. Nach MC INTIRE und ANGLE (1971) sind im Alter von 6 - 10 Jahren noch die Knaben, ab 11 - 13 schon die Mädchen in der Mehrzahl. Der Anteil von Mädchen im Alter bis zu 17 wird unterschiedlich zwischen 65 % und 80 % geschätzt. LUNGERSHAUSEN (1966) ist jedoch der

Ansicht, daß Mädchen in allen Altersgruppen häufiger vertreten sind. Knaben begehen öfters vollendete Selbstmorde, ihre Anzahl steigt mit dem Alter; bei Mädchen kommen demgegenüber mehr Selbstmordversuche vor, deren Zahl mit dem Alter abnimmt.

Neben den Geschlechtsunterschieden zeigten sich auch altersmäßige Unterschiede im Verhalten: In Erlangen beginnen die Jugendlichen insgesamt weniger, aber öfter tödlich endende suicidale Handlungen (Suicidversuch : Suicid bei den Jüngeren 8 : 1, bei den Älteren 28 : 1). Jüngere Kinder "vergreifen" sich leicht in der Methode, wie auch LUNGERSHAUSEN (1966) bemerkt. Daher kann es bei Kindern, die im Affekt alles einnehmen, was sie bekommen können, leichter zu tödlichen Vergiftungen oder Verletzungen kommen. Für die jüngere Altersgruppe ist deshalb die Packungsgröße der vorhandenen Medikamente und ihre unmittelbare Zugänglichkeit von entscheidender Bedeutung.

Die höchste Selbstmordrate wird gemeinhin in der Pubertät vermutet; wie eine solche Schätzung ausfällt, zeigt Tabelle 27.

Tab. 27: Suicidhandlungen in Kindheit, Pubertät und
Adoleszenz (Angaben verschiedener Autoren)

Autor	Kindheit : Pubertät : Adoleszenz
GERAUD, Frankreich (1968)	1 : 50
WINN und HALLA, New York, USA (1966)	männl. 7 : 1 weibl. 1 : 5
LÖWNAU, BRD (1970)	1 : 10 : 80
DUCHE, Frankreich (1968)	1 : 6

Mehr als nach dem Alter richtet sich die Suicidrate jedoch, wie später dargelegt werden wird, nach den Umständen und der Verfassung des Einzelnen.

b) Rezidive und Katamnesen

Kommt es zu einem Suicidversuch, hängt viel davon ab, ob er eine Änderung der Situation bewirkt.
Wird dies nicht erreicht, droht die Gefahr eines

Rezidivs. LEMPP (1976) bemerkt, die Suicidalität bestehe häufiger bei demonstrativen als bei ernsthaften Selbstmordversuchen fort. Angaben über die Häufigkeit sind beschrieben: 4 % nach DUCHE, Frankreich (1968), bis zu 63 % nach TEICHER und JACOBS, USA (1966).

Die Anzahl der Rezidive in Erlangen lag mit 16,5 % relativ niedrig.

DAVIDSON et al. (1972) stellten fest, daß Jugendliche, die wiederholt Selbstmordversuche unternahmen, auch deutlich mehr Psychopharmaka erhalten hatten als andere mit nur einem Suicidversuch.

Nach BÖCKER (1973) stellt sich die Zeitspanne zwischen den Selbstmordversuchen folgendermaßen dar:

bis zu 6 Monate:	6,7 %
6 Monate bis 2 Jahre:	33,3 %
über 2 Jahre:	60,0 %.

Umfassende katamnestische Untersuchungen durch OTTO, (Schweden, 1972) ergaben im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, daß Jugendliche, die einen Suicidversuch begangen

hatten, sich schwieriger als andere, in das Gesellschaftsgefüge einpassen konnten. ZUMPE (1959) unterschied die Katamnesen nach dem Lebensalter, in dem der erste Selbstmordversuch verübt worden war, und berichtet, daß bei 11 - 13-jährigen eine gute soziale und psychische Entwicklung folgte, wenn die Umgebung reagierte und mit half. Bei 14 - 16-jährigen war mit psychiatrischer Hilfe und Unterstützung ebenfalls eine gute Entwicklung möglich. 16 - 20-Jährige entwickelten Störungen anderer Art, nur der sichere und nahe Kontakt zu einer passenden Person konnte ihnen helfen.

Bei unseren Patienten waren keine Angaben über die Katamnesen zu erhalten; nur wenige Kinder bzw. Jugendliche wurden wegen eines Rezidivs oder infolge Verhaltensstörungen wieder in die Klinik eingewiesen bzw. über längere Zeit klinisch betreut.

3. Art der suicidalen Handlung

Die Methode, mit der ein Suicid von Kindern oder Jugendlichen ausgeführt wird, ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich, wie eine Übersicht der WHO aus dem Jahr 1973 zeigt (Tabelle 28).

Tab. 28: Methode bei vollendetem Suicid in verschiedenen
Ländern bei Kindern bis zu 14 Jahren (Zeitraum
1950 - 1969; WHO, 1973)

Land	Erhängen	Schuß	Vergiften	andere unspezifizierte Mittel	Gas	Ertrinken	Sprung	Spätfolgen der Selbst- verletzung	Schneiden
Canada	22	10	12	-	-	-	-	-	-
USA	102	94	11	2	-	1	3	-	-
Venezuela	14	2	14	1	-	-	2	-	-
Japan	88	-	53	46	-	19	1	1	1
Belgien	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Dänemark	4	-	-	-	1	-	-	-	-
Frankreich	25	7	1	5	3	7	-	1	-
Bundesrepublik	87	7	12	9	27	3	5	-	-
Italien	19	2	7	-	-	3	2	-	-
Niederlande	8	-	-	1	-	-	-	-	-
Norwegen	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Spanien	18	-	-	2	-	-	-	-	-
Schweiz	9	2	-	2	2	-	-	-	-
Großbritannien	6	1	1	-	10	-	-	-	-
Australien	5	5	2	-	-	-	-	-	-
Neuseeland	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Summe	415	130	113	68	47	33	13	2	1

Obwohl Erhängen diejenige Methode war, welche am häufigsten tödlich endete, haben doch andere Verfahren in bestimmten Ländern einen besonderen Rang: In den USA Erschießen, in Japan Vergiften, in Deutschland und in Großbritannien Gasvergiftung. Die aktiven Methoden stehen insgesamt an erster Stelle.

Unter den von ASCHKHASSY (1969) analysierten tödlichen Suiciden bei Kindern und Jugendlichen in Düsseldorf wurde die in Tabelle 29 aufgeführte Verteilung der Methoden festgestellt.

Tab. 29: Anteil verschiedener Methoden an der Gesamtzahl vollendeter Suicide bei Kindern und Jugendlichen (nach ASCHKHASSY, Düsseldorf 1969)

Methode	Anteil
Leuchtgas	26,5 %
Chemikalien	13,2 %
Schlafmittel	10,3 %

passive Methoden zusammen:	50,0 %

Erhängen	19,1 %
Sprung	11,7 %
Erschießen	7,4 %
Ertrinken	5,9 %
Überfahrenlassen	5,9 %

aktive Methoden zusammen:	50,0 %

Von unseren Patienten waren 75 % durch Erhängen gestorben, jeweils 12,5 % durch Erschießen und durch Sprung aus großer Höhe.

Für Suicidversuche werden meist andere Methoden als für Suicide gewählt. OTTO (1972) untersuchte 1546 Fälle jugendlicher Selbstmordversuche in Schweden (Tabelle 30).

Tab. 30: Häufigkeit der einzelnen Methoden bei Selbstmordversuchen Jugendlicher in Schweden (1955-1959; nach OTTO (1972), aufgeschlüsselt nach dem Geschlecht)

Methode	Knaben	Mädchen	Summe
Tabletten	76,3 %	89,7 %	86,9 %
Vergiften	1,6 %	2,0 %	1,9 %
Gas	4,4 %	1,3 %	1,9 %

passive Methoden zusammen	82,2 %	93,1 %	90,8 %

Erhängen	6,9 %	1,0 %	2,2 %
Erschießen	1,2 %	0,1 %	0,3 %
Sprung von großer Höhe	2,2 %	0,8 %	1,1 %
Überfahrenlassen	0,3 %	0,4 %	0,4 %
Ertrinken	1,2 %	1,0 %	1,0 %
Puls aufschneiden	4,4 %	3,5 %	3,8 %
scharfen Gegenstand schlucken	1,6 %	0,1 %	0,4 %

aktive Methoden zusammen	17,8 %	6,9 %	9,2 %

Bei DUCHE (Frankreich, 1968) standen Vergiftungen mit 44 %, bei FICKER (DDR, 1976) mit 68 % und bei POROT et al. (Frankreich, 1969) mit 75 % an erster Stelle. Auch unter den hier untersuchten Patienten war die Tabletteningestion die am häufigsten verwandte Methode beim Suicidversuch. Nach BRON (1976) kommen bei Süchtigen Tablettenvergiftungen und Pulsaufschneiden am häufigsten vor. Daß aber auch bei Suicidversuchen die Methoden unter Umständen vollkommen anders verteilt sind, zeigt eine Untersuchung von WINN und HALLA (New York, 1966), nach der u. a. 49 % Sprung aus großer Höhe, 37 % Stechen und Schneiden und 14 % Erhängen bei Suicidversuchen vorkamen.

EGGERS (1974) berichtet, daß schizophrene Jugendliche zu fast 80 % "harte Methoden" verwandten, wenn sie einen Suicidversuch unternahmen.

Keiner der Autoren erwähnt Alkohol als Suicidmittel; unter den Erlanger Fällen fanden sich aber 7, bei denen damit ein Suicidversuch unternommen wurde.

Ein Vergleich mit gleichaltrigen Kindern, die Tabletten verwendet hatten, zeigt Unterschiede weder in den auslösenden Umständen noch in der Absicht, auch nicht im Lebensalter oder in der Persönlichkeit. Immer wurde versucht, mittels des Alkohols einer unerträglichen Situation zu entkommen. Allerdings darf nicht jeder Fall von Alkoholmißbrauch als Suicidversuch gewertet werden; Übergänge sind fließend und jeder Fall muß individuell gewertet werden.

Neben der Auswahl der Methode durch den Einzelnen, muß auch die Gefährlichkeit der verschiedenen Suicidmethoden an sich und die Art der Durchführung beachtet werden. So sind es die aktiven bzw. "harten" Methoden, die gefährlicher sind und leichter zum Tod führen. Erhängen ist fast sicher tödlich (SIEGEL und GRUND, 1973) und wird auch bei der Mehrzahl der von TRUBE-BECKER (1970) untersuchten, an Suicid verstorbenen Jugendlichen genannt. POROT et al. (1969) sprechen den Methoden spezifische Charakteristika zu; Barbituratingestion sei die häufigste Methode bei Wiederholungen; Pulsaufschneiden diene der Erpressung; Ertrinken und Erhängen zeigten einen brutalen Entschluß. Natürlich spielen dabei auch

die Entschlossenheit der Durchführung eine Rolle, die wiederum von charakterlichen Kriterien abhängt und bei Knaben und Mädchen unterschiedlich sei. Knaben handeln endgültiger und führen ihr Vorhaben entschlossener durch, sodaß bei ihnen sogar unter den "schwächsten" Methoden noch 23 % der Suicidversuche tödlich enden (LUNGERSHAUSEN, 1966). Bei unseren eigenen Probanden traf dies ebenfalls zu, allerdings nur für die Gruppe der 14 - 17- Jährigen. Auch bei anderen Methoden liegt die Mortalität für Knaben höher als für Mädchen; Knaben wählen mehr aktive bzw. harte Methoden als Mädchen (DUCHE, Frankreich 1968).

In Erlangen fiel zusätzlich auf, daß Ausländerkinder zwar nur Tabletten einnahmen, jedoch meist größere Mengen als deutsche Kinder.

Jüngere Patienten (bis 14 Jahre) schluckten nicht selten alle Tabletten, die sie greifen konnten, nach FICKER (1976) in 91 %! Mit dem Alter nimmt dann der Anteil von Schlaftabletten und Psychopharmaka zu; dies demonstrieren MC INTIRE und ANGLE (1971) mit einer Statistik, in der die Medikamentengruppe der Sedativa von 27 % bei den 6 - 10- Jährigen auf 41 % bei den 17 - 18- Jährigen stieg.

Wie ASCHKHASSY (1969) erklärt, kennen Kinder und Jugendliche oft die Wirkungsweise der Medikamente nicht. Viele Suicidhandlungen sind nach LUNGERSHAUSEN (1966) deshalb nicht tödlich, weil die Wirkungsweise der Methode überschätzt wurde. Deshalb läßt der Grad der Selbstschädigung nur bedingt auf die Ernsthaftigkeit der Handlung schließen (NISSEN, 1974). Nach den Erlanger Erfahrungen läßt sich die Situation als relativ harmlos einschätzen, wenn von Jugendlichen (über 14 Jahre) wenige Tabletten eingenommen werden. Diese Gruppe nimmt häufiger größere Arzneimittelmengen als die Gruppe unter 14 Jahren, was aber nicht auf eine ernstere Absicht zu sterben schließen läßt. Das Beschaffen von Medikamenten macht meist keine Schwierigkeiten. Nach FICKER (1976) kauften nur 9 % der älteren Kinder sie in der Apotheke, 90 % fanden sie zu Hause - in 77 % waren es Medikamente der Eltern. Hier wie bei allen anderen Methoden ist die unmittelbare Zugänglichkeit der Mittel wichtig, denn die meisten Kinder handeln impulsiv und verwenden, was am nächsten liegt (WINN und HALLA, 1966).

Manche Patienten standen zur Zeit der Tat unter Alkoholeinfluß (BÖCKER (1973) : 2 %, BIENER und BURGER (1976): 10,5 %, ASCHKHASSY (1969): 30 %).

4. Zeit und Ort der suicidalen Handlung

Keiner der zahlreichen Autoren, die suicide Handlungen von Kindern und Jugendlichen untersuchten, konnte für einen bestimmten Monat einen Häufigkeitsgipfel entdecken; dies entspricht unseren Untersuchungen. In nördlich gelegenen Ländern scheinen die meisten suicidalen Handlungen im Winter stattzufinden, in mitteleuropäischen Ländern dagegen im Sommer.

Was die Häufigkeit von Suiciden an einzelnen Wochentagen betrifft, werden gegensätzliche Angaben veröffentlicht. In unseren Untersuchungen waren die Suicidzahlen am Freitag und Samstag besonders niedrig, speziell bei Jugendlichen unter 14 Jahren. Dazu fand sich eine Beziehung von Wochentag und Motiv: Werktags sind offenbar Probleme in Schule und Arbeit von großer Bedeutung, am Wochenende mehr familiäre und partnerschaftliche Konflikte, wenn auch den Kindern am Wochenende eher eine Möglichkeit offensteht, der unharmonischen Familienatmosphäre auszuweichen.

Nach DAVIDSON et al. (Frankreich, 1972) erfolgt die Tat bei 82 % tags, bei 18 % nachts; in Erlangen war

es in 44 % zwischen 16 und 22 Uhr, in 76 % zwischen 10 und 22 Uhr der Fall. OTTO (Schweden, 1972) nennt für Knaben signifikant hohe Werte zwischen 14 und 22 Uhr, für Mädchen zwischen 22 und 12 Uhr; ein solcher Unterschied war bei uns nicht zu beobachten. In den frühen Morgenstunden, so berichteten BIENER und BURGER (Schweiz, 1976), geschehen die wenigsten Selbstmorde und Selbstmordversuche; dies traf auch in Erlangen zu.

Zur Erklärung der höchsten Suicidrate am Nachmittag und in den Abendstunden sagt OTTO (1972), die Aufmerksamkeit sei dann durch berufliche oder schulische Anforderungen weniger in Anspruch genommen. Auch OSCHLIES (1976) sieht den Grund dafür im Nachlassen der Alltagsverpflichtungen, sodaß Konfliktsituationen im Bewußtsein wieder stärker Einfluß gewinnen.

ASCHKHASSY (1969) schreibt, 66 % hätten zu Hause Selbstmord verübt; nach DAVIDSON et al. (1972) sind es sogar 81,3 %. ASCHKHASSY räumt dazu ein, bei vollendeten Selbstmorden könne die Ortsgebundenheit der Mittel für die Wahl des Ortes maßgebend gewesen sein.

Weder bei den genannten Autoren (mit Ausnahme von DAVIDSON) noch in den eigenen Untersuchungen findet

sich ein eindeutiger Hinweis darauf, daß Stadtkinder gefährdeter sind (bzw. mehr suicidale Handlungen begehen) als Landkinder. Möglicherweise haben aber die meisten Autoren - so wie wir - großenteils Städte als Einzugsgebiet, so daß keine sicheren Aussagen möglich sind.

5. Geschlechtsunterschiede

Nach OTTO (1972) und anderen Autoren neigen im Jugendalter Mädchen eher zu Selbstmordhandlungen als Knaben. In der Kindheit ist es anderes (MANGOLD und SEIDL, 1974): Hier sind es vorwiegend Knaben; auch LEMPP (1976) bestätigt, Knaben begannen in jüngerem Alter. Die Zahl der suicidalen Handlungen steigt dann in der Pubertät zugunsten der Mädchen stark an, etwa ab dem 13. Lebensjahr (OTTO, 1972), was unsere Erfahrungen bestätigt. Bei Knaben geschehen relativ häufiger vollendete Suicide. Bei ihnen kommen auf einen Suicid 3 - 4 Suicidversuche, bei den Mädchen sind es durchschnittlich 20 - 30 (OTTO, 1972; CERNY, 1968).

Das Verhältnis von Mädchen zu Knaben wird unterschiedlich angegeben: GERAUD et al. (Frankreich, 1968) nennen 5 : 1, OTTO (Schweden, 1972) 4 : 1, TEICHER und JACOBS (USA, 1966) 3 : 1, CERNY (CSSR, 1968) 2 : 1; in Erlangen betrug es 2,5 : 1. Daß Knaben eine relativ höhere Suicidziffer haben, liegt daran, daß sie härtere Methoden wählen. ASCHKHASSY (1969) beschreibt Erschießen, Erhängen und Sich- Überfahren- Lassen als die häufigsten tödlichen Methoden bei Knaben, während Mädchen mehr Gasvergiftung und Sprung aus großer Höhe anwenden. In Erlangen war Tabletteningestion insgesamt die häufigste Methode, wurde aber vor allem von Mädchen angewandt. Knaben bedienten sich demgegenüber häufiger der harten Methoden. Aus der Tatsache, daß sich Knaben nicht so leicht zum Selbstmord entschlossen, leitet MADLAND (1972) ab, daß bei ihnen eine Psychopathie zugrunde liegen muß, wenn sie eine suicide Tat begehen: STANCAK (1968) stellt fest, daß 89 % der Knaben, aber nur 69 % der Mädchen ernsthafte Selbsttötungsabsichten gehabt hätten.

Wie SCHECHTER und STERNLOF (1970) angeben, machen Mädchen meist nur einen Versuch. OTTO (1972) berichtet, 10 % der Knaben und nur 2,9 % der Mädchen hätten später

noch einen Selbstmord begangen. Nach STORK (1972) aber setzen Mädchen ihre Suicidgedanken doppelt so häufig in die Tat um als Jungen, vielleicht, weil sie übersinnlichen, magischen Wirkungen mehr Glauben schenken, d. h. eher meinen, durch "Tablettennehmen" würde sich alles ändern. OSCHLIES (1976) führt es darauf zurück, daß Mädchen Belastungen eher nach innen abreagieren als Knaben. Andererseits ließe sich mit Recht annehmen, Mädchen reagierten belastende Situationen leichter durch eine harmlose suicidale Handlung nach außen hin ab als Knaben, die sich eher verschließen und damit nicht so offen auf ihre seelische Situation aufmerksam machen. Darauf weist auch der Erlanger Befund hin, daß 4 Knaben, aber keines der Mädchen "verhaltensgestört" war. Aus dieser Überlegung scheint auch OTTO's (1972) Forderung zu entspringen, sich bei der Nachsorge vor allem um die Knaben zu kümmern, von den Mädchen aber nur um die, welche aktive Methoden gebraucht hatten.

6. Sozialer Hintergrund

a) Eltern

Viele Kinder müssen frühzeitig eine Trennung von ihren Eltern erleben, oft lange bevor sie sich natürlicherweise von ihnen getrennt hätten; Tod, Scheidung oder Abwesenheit der Eltern kann die Ursache sein. Es liegt nahe, einen Zusammenhang zwischen Suicidhäufigkeit und Trennung von den Eltern anzunehmen, da suicidalen Jugendlichen besonders häufig die Eltern fehlten; dies läßt sich zunächst von der relativ geringen Anzahl vollständiger Familien bei suicidalen Jugendlichen ableiten (Tabelle 31).

Tab. 31: Prozentualer Anteil vollständiger Familien bei suicidalen Jugendlichen (Angaben verschiedener Autoren)

Autor (Land, Jahr)	Anteil	Bemerkungen
HALDANE und HAIDER (England, 1967)	80,0 %	
PARNITZKE und REGEL (DDR, 1972)	60,0 %	
DAVIDSON et al. (Frankreich, 1972)	48,9 %	Kontrollgruppe: 86 %!
BIGRAS et al. (Frankreich, 1966)	48,0 %	
TRUBE-BECKER (BRD, 1970)	30,0 %	
WINN und HALLA (New York, 1966)	8,0 %	

Die Mehrzahl der Autoren erwähnt jedoch die Häufigkeit des Fehlens eines oder beider Elternteile. Eine Übersicht gibt Tabelle 32.

Tab. 32: Die prozentuale Häufigkeit des Fehlens eines oder beider Elternteile (Angaben verschiedener Autoren) (+) = Verlust durch Tod

Autor (Land, Jahr)	Anteil	es fehlt
Eigene Untersuchung	3,0 % 10,0 %	die Mutter der Vater
BALESTRI und GIORDANO (Italien, 1966)	5,0 % 10,0 %	die Mutter (+) der Vater (+)
WINN und HALLA (New York, 1966)	15,0 %	ein Elternteil (+)
HAIDER (Großbritannien, 1968)	22,0 %	ein Elternteil (+)
HALDANE und HAIDER (Großbritannien, 1967)	23,0 %	ein Elternteil (+)
BIGRAS et al. (Frankreich, 1966)	33,3 %	der Vater
OSCHLIES (DDR, 1976)	40,0 %	ein oder beide Elternteile
TRUBE-BECKER (BRD, 1970)	42,0 %	der Vater
SHEARER (Australien, 1972)	46,0 % 15,4 %	der Vater die Mutter
DAVIDSON (Frankreich, 1972)	48,9 %	der Vater
TEICHER und JACOBS (USA, 1966)	31,0 % 57,0 %	ein Elternteil beide Elternteile

Meist ist Scheidung und Trennung der Eltern die Ursache für das Fehlen eines Elternteils. Da die Kinder fast immer bei der Mutter bleiben, fehlt verständlicherweise meist der Vater (POROT et al., 1969).

Nach TEICHER und JACOBS (1966) hatten 42 % der Kinder Stiefeltern; nach anderen Autoren waren es weniger, in Erlangen nur 6,4 %. Dabei sei der Elternersatz immer ungeliebt (CONNEL, 1972).

Auch Entfernung der Eltern bzw. der Kinder von zu Hause spielt eine große Rolle. Nach HAIDER (1968) waren bei 12,5 % der Kinder die Eltern länger von zu Hause weg; 11 % waren bei Verwandten oder im Heim aufgewachsen. Nach DAVIDSON (1972) waren 15 % im Internat und 16 % im Heim erzogen worden; 25 % hatten in ihrer Kindheit mehr als 5 Jahre außerhalb der Familie zugebracht.

Bei BIGRAS et al. (1966) waren 14 % häufig von den Eltern getrennt; WINN und HALLA (1966) fanden, daß 75 % der von ihnen untersuchten Jugendlichen nicht bei ihrem Vater lebten, 25 % nicht bei ihrer Mutter; insgesamt mußten 85 % häufige und / oder längere Trennungen von ihren Eltern erleben.

65 % der von TEICHER und JACOBS (1967) beobachteten Jugendlichen hatten einen häufigen Wechsel von Schule und Wohnort miterlebt.

RUTTER (1971) hat in seiner Untersuchung die psychologischen Effekte der Trennung von Eltern und Kind eingehend untersucht und dabei festgestellt, daß eine zeitweilige Trennung an sich zwar kurzzeitige Störungen hervorrufen kann, langfristig aber keine solchen zu erwarten sind, wenn die Trennung nicht von familiärem Unfrieden begleitet ist. So hält er die Unterbringung in Tageskrippen ebenso wie die Berufstätigkeit der Mütter als solche für harmlos. Dabei ist letzteres nach SIEGEL und GRUND (1973) bei 90 % suicidalen Jugendlicher der Fall und nach DAVIDSON et al. (1972) bei diesen um 4 bis 20 % häufiger als bei einer Vergleichsgruppe.

JACOBS (1974) ist der Ansicht, der Verlust von Eltern bedeute an sich noch keine Prädisposition für Depression und Suicidalität; es sei nicht der Verlust des Liebesobjekts, sondern der von Liebe und Nähe, welcher als schmerzlich empfunden werde. Solches käme auch durch eine Entfremdung der Eltern voneinander und der Kinder von den Eltern zustande.

Daß der Tod eines Elternteils häufiger Persönlichkeitsstörungen beim Kind bedingt, kann nach RUTTER (1971) daran liegen, daß dem Tod eine lange Krankheit vorausgegangen ist, Trauer und emotionelle Aufgewühltheit den verbleibenden Partner verändern, oder nach dem Tod oft wirtschaftliche und soziale Schwierigkeiten folgen.

Verhaltensanomalien seien häufiger in Familien, in denen beide Eltern zwar lebten, aber sich dauernd stritten, als in unvollständigen, jedoch harmonischen Familien. Je gespannter die Familienatmosphäre und je weniger warm die Eltern-Kind-Beziehung sei, umso größer sei auch die Rate der Persönlichkeitsstörungen beim Kind. Allerdings könne ein gutes Verhältnis zu einem der Eltern weitgehend darüber hinweghelfen (RUTTER, 1971).

Ein harmonisches Familienmilieu fanden BALESTRI und GOIRDANO (1966) in 60 %, DUCHE (1968) aber nur in 33,5 %, TRUBE-BECKER (1970) in 30 % der Fälle. Vereinfachend ist zu sagen, daß die Mehrzahl suicidaler Handlungen bei Jugendlichen aus sogenannten "broken homes" (zerrütteten Familienverbänden) kommt, wo nach SCHRUT (1968) "a stormy family life" herrscht. In den Erlanger Unterlagen war dies bei 55 % der Fälle angedeutet, bei OTTO (1972)

besonders in Fällen von vollendetem Suicid. Oft liegen bei den Eltern sogar Geisteskrankheiten und Persönlichkeitsstörungen vor (OTTO, 1972), die zu Alkoholismus, Kriminalität (OSCHLIES, 1976), auch bereits zu Selbstmorden und Selbstmordversuchen (CONNEL, 1972) geführt hatten. SHEARER (1972) zeigte, daß eine große Zahl der Eltern 2 - 3 Jahre vor dem Suicid des Kindes in psychiatrischer Behandlung gewesen war.

Geisteskrankheiten, Psychosen, Alkoholismus, abnorme Persönlichkeiten sowie Selbstmord und Selbstmordversuche fanden zahlreiche Autoren bei den Eltern. FICKER (1976) erwähnt, daß 60 % der Mädchen und 41 % der Knaben "suicidale Vorbilder" gehabt hätten. Ein Vergleich zum eigenen Untersuchungsmaterial ist infolge mangelnder anamnestischer Angaben in den Krankenblättern leider nicht möglich.

Das Verhältnis der Eltern untereinander prägt entscheidend die Familiensituation; gerade darüber sind aber Informationen besonders schwer zu erhalten. Im Erlanger Material zeigte sich, daß Auseinandersetzungen zwischen den Eltern besonders von den jüngeren Jugendlichen als Belastung empfunden werden. Dies war jedoch

nur selten ausdrücklich erwähnt. DÜHRSEN (1967) fand überall eine mehr oder weniger pathologische Familienstruktur: Die Bindung der Eltern untereinander erwies sich als lose und ambivalent; die Männer waren an ihren Frauen nur wenig interessiert; oft hatten die Frauen ihre Männer mit anderen betrogen. Entsprechend wurde das Verhältnis der Eltern zu den Kindern von vornherein negativ bestimmt: Die Kinder kamen entweder unehelich (OTTO, 1972; nach BALESTRI und GIORDANO (1966) zu 6 %, nach WINN und HALLA (1966) zu 25 %) oder unerwünscht zur Welt (50 % nach SCHRUT (1972)). Folglich empfanden die Eltern nicht selten ihre Kinder als Belastung, welche sie ertragen mußten. Den Erziehungsstil kennzeichnet eine Mischung von Gewährenlassen und meist unpassenden eingestreuten Demonstrationen ostentativer Strenge (POROT et al., 1969). Trotz Zuneigung fehlt es an Festigkeit und Konsequenz in der Erziehung. Bleibt dem Kind jede Autorität "erspart", geht es auch der rechtzeitigen Konfrontation mit der Realität verlustig (BERGER, 1968). Diese Begegnung aber wird umso heftiger, wenn Eltern in mittleren Jahren sich gar nicht mehr für das Kind interessieren: Es wird sich selbst überlassen, obwohl es der Sicherheit gerade dann am meisten bedarf (POROT, 1969).

Als "familiäres Mangelsyndrom" (syndrome de carence familiale) bezeichnen POROT et al. (1969) dieses Phänomen, das in eine Verlassenheitsneurose mündet, auch wenn die Eltern vorhanden sind. Die Rollen der Eltern werden oft vertauscht (BIGRAS et al., 1966): Die Väter sind in der Hauptsache passiv und abwesend, erfüllen ihre Vaterrolle nicht; die Mütter sind gleichzeitig kalt und zurückweisend, kontrollierend und wenig verständnisvoll. Seltener ist es umgekehrt, aber nicht minder ungünstig. WINN und HALLA (1966) registrierten, daß 15 % der Eltern wegen Kindsmißhandlungen straffällig geworden seien. HALDANE und HAIDER (1967) beschreiben einen aggressiven, dominierenden Vater und eine unterwürfige Mutter, wobei Aggression sich mit Verwöhnung abwechselte, aber keine positive Unterstützung des Kindes durch die Eltern zustande kam. Auch CONNEL (1972) fand ein hohes Aggressionsniveau in Familien suicidalen Jugendlicher, was sich durch häufigen Streit und in Mißhandlungen der Mütter durch die Väter ausdrückte.

In Erlangen war bei insgesamt 40 % der Probanden eines der Elternteile dominierend und er / sie wurde vom Kind gefürchtet.

Zu offenen Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kindern kam es hauptsächlich bei den Älteren, wobei meistens Meinungsverschiedenheiten über die selbständigen Unternehmungen der Kinder und über ihre Gefährten der Anlaß waren. Auch SCHRUT (1968) beschrieb, daß die Hälfte der von ihm untersuchten Kinder lange und schwerwiegend Streit mit den Eltern hatte, wobei sie sich zurückgewiesen fühlten. Hingeworfene Bemerkungen wie "Geh mir aus den Augen!" oder "Ich will dich nie wieder sehen" sind häufig Anlaß für einen kindlichen Suicidversuch. Die Kinder fühlen sich ungerecht behandelt, überfordert und isoliert. So kommt es zu "chronisch progressiver Verminderung der interfamiliären Kommunikation" (SCHRUT, 1968).

Aber auch das Verhalten des Kindes kann die Reaktionen der Eltern beeinflussen. So beobachtete FICKER (1976) bei fast allen seiner 109 Fälle, daß vegetative bzw. neurotische Störungen der Eltern und Verhaltensstörungen der Kinder sich gegenseitig beeinflussten. Wie SABBATH (1972) erklärt, läßt das Verhalten der Jugendlichen ungelöste Probleme der Eltern wieder auftauchen: Die physische Attraktivität und das sexuelle Überschießen der Kinder gefährden die schwache Stabilität der Eltern auf diesem Gebiet; die Eltern erfahren

das provokative und feindliche Verhalten ihrer Kinder als Bedrohung ihrer Ehe. Häufig neigt die Familie dazu, Probleme der Kinder zu verleugnen oder ihre Symptome zu mißdeuten (CAZZULLO, 1968). DAVIDSON et al. (1972) befragten Kinder, die einen Selbstmordversuch verübt hatten, und eine Kontrollgruppe gleichaltriger Kinder über ihre Eltern. Lediglich 10 % fühlten sich von diesen verstanden. Ein Drittel gab an, ihre Eltern würden sich für sie interessieren (dagegen konnten dies zwei Drittel der Kontrollgruppe sagen); weitere 10 % meinten, ihre Eltern würden sie verstehen, wenn sie Zeit hätten. Dabei hielten es 32 % für "das größte Glück", sich mit den Eltern gut zu verstehen (gegenüber 17 % der Kontrollgruppe).

Auch wenn die Eltern nicht gleichgültig waren, konnte es Schwierigkeiten geben (TEICHER und JACOBS, 1966). Je mehr die Eltern sich bemühten, die familiären Probleme zu lösen, d. h. Verhalten und Disziplin ihres Kindes zu bessern, desto größer wurde der familiäre Konflikt. Die Eltern kritisierten, wo die Kinder keinen Anlaß dazu sahen, blieben aber untätig, wenn ihre Kinder Hilfe erwarteten.

Nicht gegebene Hilfen zum Überwinden ihrer Probleme empfanden

die Kinder als Zurückweisung. Die Autoren beobachteten einen "circulus vitiosus" von Erfolglosigkeit elterlicher Bemühungen, härteren Methoden, zunehmend stärkerer Abwehr seitens des Kindes bzw. Resignation und Kommunikationsstop. Die Kinder dachten wohl über ihre Eltern: "Wenn sie sich nicht bemühen, ist mir's auch egal!"

Nach BRON (1976) fehlen diesen Kindern Identifikationsmöglichkeiten, stabile Normen und eine klare Orientierung.

b) Geschwister

Unter den Probanden unserer Untersuchung waren 14,8 % Einzelkinder und 85,2 % Kinder mit einem oder mehreren Geschwistern. Von diesen standen solche, die nur noch ein kleineres Geschwister hatten, an erster Stelle in der Suizidalität; man könnte eine verschärfte Rivalitätssituation dafür verantwortlich machen, die abgemildert wird, wenn noch weitere Geschwister dazukommen. Ähnliches beobachtete CONNEL (1972): Von 13 Kindern mit Geschwistern hielten 12 diese für erfolgreicher und von den Eltern mehr geachtet als

sie selbst, Eifersucht spielte eine große Rolle. KOHLER und CHAMBARD (1967) bemerken, daß solche Geschwisterri-
valitäten besonders in zerrütteten Familien bedeutsam
und für ein schwaches Ich schwer erträglich seien; un-
ter ihren Patienten waren 33 % jüngere und 58 % ältere
Geschwister sowie 9 % Einzelkinder. Ein ähnliches Ver-
hältnis fanden HALDANE und HAIDER (1967) sowie BALESTRI
und GIORDANO (1966). Nach Beobachtungen von DUCHE (1968)
scheint den Mädchen die Rolle des Einzelkindes, den Kna-
ben diejenige des ältesten Kindes Schwierigkeiten zu be-
reiten. Sonst konnte aber keine Geschwisterkonstellation
ausgemacht werden, bei der eine signifikante Steigerung
der Suicidrate festzustellen war.

Die Hypothese, Suicidalität habe möglicherweise genetische
Ursachen, konnte durch Zwillingsforschung nicht bestätigt
werden. LEMPP (1976) berichtet allerdings von einem Dop-
pelselbstmord bei Zwillingen, den er auf eine Art symbio-
tischer Gemeinschaft zurückführt, in der Zwillingsge-
schwister leben, vielleicht gelegentlich auch sterben
wollen.

c) Soziale Verhältnisse

Dem sozialen Status der Eltern wird in der Literatur eine zunehmend geringere Rolle beigemessen; immerhin begründen mehrere Autoren die Häufigkeit suicidalen Handlungen in unteren sozialen Schichten damit, daß dort die Menschen impulsiver seien und heftiger reagierten, was sich nach unseren Beobachtungen vor allem bei Gastarbeiterkindern zeigte. Die Beziehungen von Verhalten und sozialer Schicht studierten MC INTIRE und ANGLE (USA, 1971): In niederen sozialen Gruppen fand sich häufiger impulsives Verhalten mit geringerer Letalität; in der höheren Schicht war die Letalität größer, die Impulsivität geringer, gepaart mit deutlichen Anzeichen von Depression, elterlicher Kontrolle und übersteigerten Erwartungen gegenüber den Kindern. WINN und HALLA (1966) fanden in New York, daß hauptsächlich Neger und Puertoricaner aus der unteren und untersten sozio-ökonomischen Schicht suicide Handlungen begingen; über die Hälfte lebte in Slum-Gebieten und erhielt staatliche Fürsorgeunterstützung. DAVIDSON et al. (1972) ermittelten den prozentualen Anteil verschiedener

sozialer Schichten bei Eltern suicidalen Jugendlicher und in der Gesamtbevölkerung Frankreichs: Bei Bauern kamen Selbstmorde Jugendlicher seltener vor, während sie in der Oberschicht und bei Angestellten doppelt so oft beobachtet wurden. Demgegenüber liegen in Erlangen Arbeiter und landwirtschaftliche Berufe an der Spitze.

BALESTRI und GIORDANO (1966) fanden in Mailand, daß Wechsel von Arbeitsplatz und Umgebung ursächlich in Zusammenhang stehe mit den Selbstmordversuchen von Jugendlichen; bei 100 Fällen hatten 36 % schon länger in der gleichen Stadt gewohnt, 64 % waren jedoch erst vor kürzerer Zeit vom Land zugezogen. Auf diesen Umzug folgten häufiger Wohnungs- und Arbeitswechsel der Eltern. Dies und die niedrige Bildungsstufe der Eltern (von diesen hatten 78 % nur Volksschulbildung) führten zu schwerwiegenden wirtschaftlichen Notlagen, welche wiederum die Selbstmordhandlungen begünstigten. Ähnlich beschrieb JACOBS (1974), daß in Amerika Familien suicidalen Jugendlicher erheblich häufiger umgezogen waren als Familien einer Kontrollgruppe.

Neben dem Wohnungswechsel ist auch der Wohnort zu beachten: Die meisten Autoren erfaßten vermutlich vorwiegend Probanden aus städtischen Einzugsbereichen; ein Vergleich zwischen Stadt- und Landbevölkerung ist deshalb unmöglich. In Erlangen kamen etwa 70 % der Patienten aus der Stadt bzw. ihren eingemeindeten Vororten, nur etwa 30 % vom Land.

59 % aller Erlanger Probanden waren Schüler. Ähnlich berichtete auch OTTO (Schweden, 1972), daß Schüler unter seinen Patienten die höchste Selbstmordquote hatten. In den Untersuchungen von BIENER und BURGER (1976) wurden Schüler und Studenten mit 10,5 %, gefolgt von (hauptsächlich weiblichen) Angehörigen des Gastgewerbes (10 %) gefunden. Ebenfalls hoch war die Beteiligung von Verkäuferinnen und Verkäufern mit 6,4 %. CERNY (CSSR, 1968) untersuchte die Verteilung von Suiciden bei Schülern, Lehrlingen und Arbeitern in Städten und auf dem Land. In der Stadt wurden meist Schüler beobachtet, während auf dem Land die Lehrlinge in der Mehrzahl waren.

d) Religionszugehörigkeit

DAVIDSON et al. (1972) schlossen bei ihren statistischen Erhebungen auch die Religionszugehörigkeit

mit ein. So fanden sie keine Religion bei 20,1 %, religiöse Erziehung ohne Engagement bei 55,3 %, religiöse Erziehung mit praktizierter Religion bei 21,6 %, keine Religion, aber trotzdem religiöse Aktivität bei 2,3 %, ohne Angabe blieben 0,7 %.

Den Einfluß auf die Persönlichkeit sprechen POROT et al. (1969) nicht der Religionszugehörigkeit an sich zu, sondern der Struktur der jeweiligen religiösen Gemeinschaft.

Bei unseren Patienten konnte ein Zusammenhang zwischen suicidalen Handlungen und Religion bzw. Konfession nicht festgestellt werden.

Religiöse Spannungen können jedoch, wie STEEN (1972) ausführt, zur Verunsicherung des Kindes wesentlich beitragen.

7. Persönliche Vorgeschichte

a) Körperliche und psychische Gesundheit

WINN und HALLA (1966) analysierten die Lebensgeschichte ihrer Patienten von der frühen Kindheit an: Peri- und postnatale Komplikationen (Enzephalitis, Commotio), Iactatio capitis in der Kindheit und Krampfanfälle kamen häufig vor; 15 % waren Spätentwickler. Dagegen fand HARBAUER (1973) einen Suicid dann häufiger, wenn biologische und psychische Reifung dem Alter vorseilten. Auch bei unseren Patienten war gelegentlich ein Mißverhältnis zwischen Alter und Entwicklungsgrad zu finden; jedoch nicht überdurchschnittlich häufig. STORK (1972) stellt fest, daß Kinder, die Suicidversuche begingen, vorher häufiger krank waren; auch OTTO (1972) sieht einen ursächlichen Zusammenhang zwischen körperlicher Krankheit bzw. Invalidität und Selbstmordversuchen bei Jugendlichen. Diese hätten für Knaben schwerwiegendere wirtschaftliche und soziale Folgen als für Mädchen, weshalb

sie bei Knaben öfter zum Suicid führten.

Über hirnorganische Schädigungen war in den von uns analysierten Krankenunterlagen suicidalen Jugendlicher nichts vermerkt. Dies bestätigt NISSENS (1974) Feststellung, hirnorganische Erkrankungen lägen nur selten einer suicidalen Handlung zugrunde. OTTO (1972) fand sie bei 6,8 % seiner Probanden. SIEGEL und GRUND (1973) beschrieben u. a. 4 Fälle von Epilepsie unter suicidalen Jugendlichen, zwei davon litten stark unter ihrer Krankheit. Allerdings, so bemerkt DUCHE (1968), bedürften Selbstmorde von Epileptikern einer besonderen Bewertung.

Mehrere Autoren suchten im EEG nach etwaigen hirnorganischen Störungen: DUCHE (1968) fand bei 25 % Auffälligkeiten im Hirnstrombild. MURDOCH (1974) berichtet von einem Knaben, der sich nicht lange, nachdem 2 EEGs von ihm geschrieben wurden, erhängte. Das EEG zeigte eine leicht anomale Reaktion auf Hyperventilation, während der 2. Ableitung bilateral scharfe Wellen, besonders rechts. POROT et al. (1969) fanden kleine Anomalien im EEG, die sie in Beziehung zu einer

physiologischen Unreife bringen, da sie in späteren Jahren verschwanden.

Bei der Frage, ob höhere oder niedrigere Intelligenz den Schritt zum Selbstmord begünstigt, gehen die Meinungen auseinander. SIEGEL und GRUND (1973) fanden bei den Jüngeren überdurchschnittliche Intelligenz, bei den Älteren, hauptsächlich den weiblichen Jugendlichen, Unterbegabung. KOHLER und CHAMBARD (1967) beschrieben 4 überdurchschnittlich, 5 normal und 2 schwach begabte Kinder sowie ein debiles Mädchen. Bei WINN und HALLA (1966) war der durchschnittliche IQ 87. RINGEL (1969) bemerkt, daß Debile zu Kurzschlußhandlungen neigen; auch HARBAUER (1973) stellt fest, daß debile, entwicklungsrückständige Kinder häufiger Suicidhandlungen begehen. DUCHE (1968) fand demgegenüber keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Intelligenz und Selbstmordtendenz.

Häufig werden bei suicidalen Kindern Neurosen beschrieben. Die Angaben schwanken je nach Autor zwischen 14,0 % (ZIMBACCA, 1972) und 53,1 % (OTTO, 1972). Auch von Psychosen wird berichtet, ebenfalls in sehr unterschiedlicher Häufigkeit (von 4,7 % (OTTO, 1972) bis 33,0 % (SOUBRIER, 1974)).

Im Erlanger Untersuchungsmaterial fanden sich nur 4 Fälle (2,6 %), bei denen deutliche Verhaltensstörungen angegeben waren.

Besondere Beachtung hat die Schizophrenie gefunden: EGGERS (1974) weist auf die große Rolle von wahnhafter Todesvorstellung und Sterbeangst, Suicidideen und Selbstmordhandlungen bei Schizophrenen hin. Unter 57 von ihm untersuchten schizophrenen Jugendlichen hatten 15 % Selbstmordabsichten, versuchten 20 %, sich zu töten; 5,3 % vollendeten den Selbstmord. Alle 14 Psychosen, in deren Verlauf Selbstmord bzw. Selbstmordversuch unternommen wurden, hatten einen paranoid-halluzinatorischen Charakter. Auch andere Autoren fanden gelegentlich Schizophrenie unter den jugendlichen Suicidalen (SOUBRIER, OTTO, DAVIDSON, HAIDER, WINN und HALLA). LEMPP (1976) berichtet, er habe eine schizophrene Psychose unter suicidalen Kindern und Jugendlichen nicht beobachtet. Dies war auch in Erlangen der Fall. Faßt man die von verschiedenen Autoren ermittelten Angaben über Geisteskrankheiten und Persönlichkeitsstörungen zusammen, ergeben sich die in Tabelle 33 aufgeführten Zahlen.

Tab. 33: Geisteskrankheiten und Persönlichkeitsstörungen bei suicidalen Handlungen von Jugendlichen (% der Gesamtzahl) entsprechend Angaben verschiedener Autoren

Autor (Land, Jahr)	%- Anteil	Bemerkungen
OTTO (Schweden, 1972)	85,7 %	
darunter	34,8 %	histeroide Persönlichkeit
	34,5 %	infantile Persönlichkeit
WINN und HALLA (USA, 1966)	85,0 %	
ZIMBACCA (Frankreich, 1972)	66,0 %	
SOUBRIER (Frankreich, 1974)	64,5 %	
DAVIDSON et al. (Frankreich 1972)	55,6 %	
HAIDER (Großbritannien, 1968)	48,0 %	
KOHLER und CHAMBARD, (Frankreich, 1967)	25,3 %	
BALESTRI und GIORDANO (Italien, 1966)	21,0 %	besonders bei den Knaben
eigene Untersuchung	2,6 %	Verhaltensstörungen

Offenbar werden psychische Störungen sehr unterschiedlich beurteilt. Nach POROT et al. (1969) lassen sich nur 10 %

der Fälle in das übliche Schema von Neurosen und Psychosen einordnen.

Auf die Depression und ihre Formen wird später eingegangen.

b) Sucht und Suicid

Obwohl wir unter unseren Patienten Süchtigkeit nicht beobachteten, muß erörtert werden, ob ein Zusammenhang bestehen kann.

NISSEN (1974) berichtet, Kinder seien häufiger drogensüchtig als früher. Nach einer Bundesdokumentation kämen jährlich 4000 bis 8000 neue Fälle hinzu. Unter 540 von einer West-Berliner Statistik erfaßten betäubungsmittelabhängigen Personen waren 300 Kinder und Jugendliche, 22 unter 15 Jahren.

Wie BIENER (1976) nach einer Befragung von 1448 Jugendlichen ermittelte, stehen Drogenkonsumenten oder Jugendliche mit Drogenwunsch einem Selbstmord näher als Nicht-Drogenkonsumenten. Dies bestätigt eine

Aussage FEUERLEINs (1955), daß Süchtige häufiger Selbstmord begingen. Der Drogensucht und dem Suicid sind nach NISSEN (1974) die erhöhte Risikobereitschaft von Jugendlichen und ihr Drang, an den Grenzen der eigenen Möglichkeiten zu experimentieren gemeinsam. FEUERLEIN (1975) nennt sie Funktionen gemeinsamer Faktoren wie Zivilisationsfolgen, soziale Isolierung, abnorme Persönlichkeitsveränderung. Nach BRON (1976) entsteht schon während der frühen Kindheit die gemeinsame Disposition für beide durch Störung in der oralen Phase. NISSEN (1974) bestätigt, daß bei Drogensüchtigen die gleichen pathogenen Erziehungsarten gefunden wurden wie bei Suicidalen; nämlich diktatorische Autorität bzw. superliberale, verwahrlosende Verwöhnung.

Nach BRON (1976) nehmen Suicidgedanken und Selbstmordversuche bei jugendlichen Drogenkonsumenten mit der quantitativen und qualitativen Progredienz des Drogenkonsums zu, besteht eine deutliche Abhängigkeit von der Dauer der Drogeneinnahme. Drogensucht und Suicid hängen eng zusammen. Seinen depressiven Schmerz versuche der Jugendliche mit Hilfe "manischer Mechanismen" zu ertragen. Er nehme Rauschgift oder andere

Drogen und mache hier die Erfahrung, nach der er so lange gesucht habe, freizusein von Unzufriedenheit und Depression, Sich-endlich-einmal-glücklich-fühlen-können. "Unbewußten Selbstmord" nennt es COHEN (1968), "Suicid-äquivalent" POROT et al. (1969), in dem der Süchtige verharre, obwohl er sich der Gefahr der Drogensucht bewußt sei. "Ich weiß, daß ich mich kaputt mache. Aber wenn ich doch nicht weiß, was ich anders machen soll, dann kann ich mich auch kaputtmachen. Es ist dann doch alles egal" zitiert BRON (1976) einen Jugendlichen. Ein Teil der "Fixer" scheint sich damit abgefunden zu haben, daß der Drogenabusus nichts anderes als ein "Selbstmord auf Raten" ist. Hinter äußerlicher Gleichgültigkeit spielen sich jedoch schwere innere Kämpfe ab. Unmittelbar aus dem Drogenabusus leiten sich drogeninduzierte Todesphantasien, Suicidgedanken und Horrortrip her, wie BRON weiter ausführt. Langsam induziert werde dagegen die allmähliche Zunahme depressiver Verstimmungen und vielfältiger Persönlichkeitsveränderungen wie ein sich zuspitzender Selbstzweifel, welcher mit der Zeit in Suicidgedanken und -versuche übergehe. Es könne eine fast zwanghafte

Reflexion über existentielle Fragen des Lebens und des Todes einsetzen. Während des Rausches komme es oft zur Aktualisierung latenter Konflikte mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen, Skrupeln und Suchen nach Selbstbestrafung. BRON (1976) nennt den Drogenabusus einen "Selbstmordersatz". Er führe zur fortschreitenden Eingengung des Interessenkreises, zum völligen Verlust neuer Lebensimpulse und aller Zukunftsperspektiven. Ähnliches beschreibt RINGEL (1969). Für jugendliche Alkoholiker, die nach NISSEN (1974) in Deutschland 8 - 9 % aller Alkoholiker ausmachen und deren Zahl ansteigt, gelten wie für die Drogensüchtigen die erwähnten Zusammenhänge mit dem Suicid.

- c) Unmittelbare Vorgeschichte des suicidalen Geschehens
- Von den äußeren Umständen und vom Temperament hängt es ab, ob ein Kind Selbstmordgedanken spontan ausführt oder längere Zeit abwägt. DAVIDSON et al. (1972) berichten, daß 40,3 % ohne weiteres Nachdenken sofort gehandelt hätten, 2,8 % nur ein paar

Tage nachdachten, 13,7 % 1 - 4 Wochen, 22,3 % 1 - 6 Monate und 9,3 % mehr als 6 Monate. 2/3 der Mädchen erzählten SCHRUT(1968), sie hätten schon lange vorher daran gedacht. Nicht wenige vertrauen ihre Selbstmordgedanken anderen Personen an, was oft nur schwer von "erpresserischen" Suiciddrohungen zu unterscheiden ist. Die Autoren nennen hier sehr verschiedene Zahlen; sie reichen von 13,0 % bei HALDANE und HAIDER (1967) bis zu 54,0 % bei SHEARER (1972), wobei die 7 - 12- Jährigen den höchsten Anteil hatten. In unserem eigenen Material war nur bei insgesamt 6 % vermerkt gewesen, sie hätten eine Vorwarnung gegeben.

Häufig drückt eine Selbstmorddrohung nicht den unabänderlichen Entschluß aus, dem Leben ein Ende zu setzen, sondern will der Umgebung die Möglichkeit anbieten, "rechtzeitig einzulenken" (SHEARER, 1972). Das mag bei schizophrenen Kindern anders sein, die vor einem vollendeten Suicid diesen stets angekündigt oder mehrmals probiert hatten (EGGERS, 1974).

LEMPP (1976) warnt davor, kindliche Selbstmorddrohungen zu bagatellisieren; es könne für das Kind zur Prestigefrage werden zu beweisen, daß es sich "doch traut".

Das gelte erst recht für melancholische Kinder, die keinen Ausweg mehr sähen; sie legten nicht Hand an sich, um sich durchzusetzen, sondern weil sie nicht mehr weiter wüßten; ihre Ankündigung biete meist die letzte Chance, eine drohende Katastrophe zu verhindern.

In Erlangen war bei vielen Kindern und Jugendlichen bekannt, daß sie vor ihrer suicidalen Tat auf andere Weise versucht hatten, ihre Konflikte zu lösen. Dazu gehörten Weglaufen, Müdigkeit, Einnässen, Schmerzen verschiedener Art und andere Symptome.

Nach DAVIDSON et al. (1972) wird von 32 % der Patienten vor einem Selbstmordversuch durch Einnahme von Psychopharmaka Hilfe gesucht.

8. Motiv und Anlaß

a) Allgemeines

Der Anlaß für eine Selbstmordhandlung ist meist sehr banal: Bei Jüngeren genügen kleine Enttäuschungen (SHEARER, 1972), bei Älteren Zurück-

weisung oder Trennung. Ein an sich nichtiger Anlaß ist aber, wie NISSEN (1974) erklärt, oft das letzte Glied einer Kette von Beschimpfungen, Versagungen und körperlichen Mißhandlungen. Nachdem die Trivalität des Anlasses der Umgebung zuerst auffällt, geschieht vielen Jugendlichen Unrecht, indem ihr Verhalten als theatralisch und hysteroid abgetan wird (MANGOLD und SEIDL, 1974).

Die von Patienten selbst als Ursache ihres selbstgefährlichen Handelns genannten Motive sind äußerst vielgestaltig. Es gibt alle Nuancen von hoffnungsloser Niedergeschlagenheit bis zu berechnender Absicht, den Eltern Schrecken einzujagen, oder ein gefährliches Abenteuer auszuprobieren.

STUTTE (1967) fand überwiegend die Furcht als Motiv, so die Furcht vor Strafe, vor Nichtversetzung in der Schule, vor Fürsorgeerziehung, vor sozialer Nichtanerkennung.

TEICHER und JACOBS (1966) unterteilen die Ursachen des Suicidversuches und Suicids in "long standing

problems" und "precipitating cause", wobei die über längere Zeit anstehenden Probleme als die eigentliche Ursache anzusehen seien. Reine Kurzschlußhandlungen seien nicht so häufig (in Erlangen etwa 30 %).

JACOBS (1974) betont, es sei die Kumulation bedrängender Umstände, die Verschlimmerung von Unsicherheit und Haltlosigkeit, welche die Katastrophe auslösen, nicht die Probleme als solche.

Die prozentuale Verteilung der häufigsten Motive bei drei Autoren im Vergleich mit den eigenen Untersuchungsergebnissen zeigt Tabelle 34.

Tab. 34: Häufigkeit der wichtigsten Selbstmordmotive
bei Kindern und Jugendlichen

Motiv	OTTO (Schweden 1972)	SIEGEL und GRUND (BRD 1973)	DAVIDSON et al. (Frankreich 1972)	eigene Unter- suchun- gen
Familienprobleme	36,9 %	40,3 %	23,7 %	51,0 %
Liebeskonflikte	32,5 %	10,5 %	17,2 %	22,0 %
Schulprobleme	6,8 %	14,9 %	5,7 %	12,7 %
Schwangerschaft	3,7 %	-	-	1,3 %
Verlust	-	8,9 %	-	4,7 %
Furcht vor Strafe	-	8,9 %	-	unklar
Lebensüberdruß	-	-	22,3 %	unklar

Streit zwischen den Eltern, von HAIDER (1968) bei 47 % als Ursache gefunden, wird nach unseren Erfahrungen besonders von jüngeren Kindern als schmerzlich empfunden; in 55 % konnte auf erheblichen häuslichen Unfrieden geschlossen werden. Nach der Untersuchung von MANGOLD und SEIDL (1974) waren es sogar bis 80 %.

b) Stellung des Jugendlichen in der Welt

Junge Leute kommen mit ihrer Umwelt heute viel schneller in Kontakt, doch hält dabei die psychologische Entwicklung oft nicht Schritt (BOLLEA und MAYER, 1966). Der heutigen großen Freiheit ist eine maßgebliche Rolle beim Zusammensturz des seelischen Gleichgewichtes zuzuschreiben. Gleichzeitig ist aber die Stellung des Jugendlichen in unserer Zeit dadurch gekennzeichnet, daß er wesentlich länger als früher von der ideellen und materiellen Unterstützung durch die Familie oder den Staat abhängig ist, was zur Rollenverunsicherung führen kann (NISSEN, 1973).

c) Motiv "Liebeskummer"

In unserer Gesellschaft ist die Pubertät eine spannungsgeladene Zeit für den Jugendlichen und seine Eltern (TEICHER und JACOBS, 1966). Nach LEMPP (1976) tritt ungewöhnliches Verhalten in der Pubertät so häufig auf, daß es nicht sofort an eine drohende Suicidgefahr denken läßt. Pubertätsanomales Verhalten kann jedoch nach SIEGEL und GRUND (1973) stark genug sein, um einen Selbstmord zu motivieren. Die Autoren sehen eine Ursache bei 10 % allein im frühzeitigen Beginn sexueller Aktivität. OSCHLIES (1976) führt die Zunahme der Selbstmorde in Ungarn und in der CSSR direkt auf die steigende Häufigkeit von Intimkontakten zurück; in Bulgarien sei wohl eine ungenügende Sexualerziehung mitbeteiligt.

HARBAUER (1973) beobachtete, daß dysphorische, depressive Verstimmungen und Identitätskrisen vor und während der Pubertät suizidale Handlungen begünstigen. Nach PARNITZKE und REGEL (1972) gibt es in der pubertären Entwicklungskrise übersteigerte Trotzreaktionen und Verstimmungen; man könne sagen, der Anstoß zu den häufigen Konflikten in dieser Zeit

komme von den Jugendlichen selbst. THOMAS (1976) meint, die Hälfte aller Jugendlichen begehe aus Liebeskummer Selbstmord. In Erlangen waren es 22 %. Nach WINN und HALLA (1966) sind es wenigstens die Hälfte, bei SCHRUT (1968) ein Drittel der Mädchen. Als Kompensation für die fehlende Liebe seitens der Eltern, so OTTO (1972), suchen solche jungen Leute emotionell überladene Beziehungen zu Altersgefährten. Viele davon schienen Bindungen zwischen unfertigen Menschen zu sein.

TEICHER und JACOBS (1966) schildern, wie das den Eltern entfremdete Mädchen eine feste Bindung bei einem Freund suchte, weil sie damit viel Zeit verbringe, entferne sie sich auch von anderen Kameraden und Freundinnen. Dazu seien die Eltern meist gegen die Bindung und das neuartige Verhalten mit häufigem Ausgehen, spätem Heimkommen und einem Anspruch auf Selbständigkeit. Werde das Mädchen schwanger und trenne sich der Freund gar von ihr, sei sie total von ihrer Umgebung abgeschnitten. Ähnliche Situationen wurden auch bei unseren Probanden beobachtet.

Schwangerschaft als Suicidmotiv nimmt erwartungsgemäß mit dem Alter zu: OTTO (1972) berichtet von 1,3 % im

Alter von 14 Jahren, 6,7 % mit 15, 9,3 % mit 16 und 14,7 % mit 17 Jahren. Insgesamt seien 6,1 % aller Mädchen, die Selbstmordversuche ausführten, schwanger gewesen (in Erlangen 2,9 %), wovon 44 % die Schwangerschaft als den Grund für den Selbstmordversuch angaben. Bei TEICHER und JACOBS (1966) war ein Viertel der Mädchen schwanger.

d) Motiv "Schulprobleme"

Die Schule ist ein zunehmend häufig erwähntes Suicidmotiv. OTTO (1972) beobachtete besonders viele Selbstmordversuche im August, vor Anfang des Schuljahres. Von denen, die bei seiner Umfrage die Schule als Motiv angaben (insgesamt nur 6,8 % aller Befragten Suicidalen und 23 % aller befragten Schüler), hatten 48,3 % ungenügende Leistungen, dagegen in Erlangen 100 %; 11,7 % wollten gegen den Willen der Eltern die Schule verlassen und für 13,3 % waren Probleme mit Lehrern und Kameraden ausschlaggebend. Bei WINN und HALLA (1966) hatten 90 % aller Jugendlichen, die einen Suicidversuch verübten, Schul-schwierigkeiten. REGNER (1972) beschrieb die Art

des Konfliktes: die Anforderungen der Schule würden als übergroß empfunden und führten zu Hoffnungslosigkeit, weil der Schüler nicht damit fertig wird, gleichzeitig aber bedrücke ihn die ausgesprochene oder implizite Erwartung der Eltern. Einen solchen Zusammenhang sieht auch OSCHLIES (1976) in Polen: Quelle der Verzweiflung der Kinder sei der Wunsch der Eltern nach dem Besuch einer höheren Schule, der ohne Rücksicht auf Vorlieben, Möglichkeiten und auch Gesundheit durchgesetzt werde. Der schulische Leistungsdruck, der heute so häufig für Selbstmorde Jugendlicher verantwortlich gemacht wird, kann jedoch nach Ansicht mehrerer Autoren (BIENER et al., 1976) nicht als einzige Ursache von "Schülerselbstmorden" angesehen werden. Es käme jedoch sehr darauf an, wie Eltern zu den schulischen Leistungen ihrer Kinder stünden. Viele Selbstmorde wären zu verhindern gewesen, meint LUNGERSHAUSEN (1966), wenn schulischer Mißerfolg nicht von der Umgebung überbewertet würde, als ein Ereignis, das den Schüler als Versager abstempelt. Andererseits könne mangelnder Schulbesuch wegen Krankheit, Schwangerschaft oder "Verhaltensstörungen" einen ebenso negativen Effekt haben und bedeuten, daß eine wichtige Quelle für das Etablieren menschlicher Beziehungen fehle (TEICHER und JACOBS, 1966).

e) Änderung des Motivs mit zunehmendem Lebensalter CERNY (1968), MADLAND (1972) und OSCHLIES (1976) finden übereinstimmend, daß bei den Jüngeren, also etwa bis zum 14. Lebensjahr, Familie und Schule den größten Konfliktstoff bieten, bei Älteren eher Probleme der Pubertät, des Gefühls- und Geschlechtslebens. Dasselbe war auch bei unseren Probanden zu beobachten. "Liebeskonflikt" als Motiv wird bei Mädchen mit 15 - 16, bei Knaben mit 17 - 18 Jahren führend (LUNGERSHAUSEN, 1966).

MC INTIRE und ANGLE (1971) fanden, daß Jugendliche ihre Probleme zunehmend klarer erkennen. Mit 6 - 10 Jahren haben die Kinder nur zu 23 % ein einzelnes, klar bewußtes Hauptmotiv, mit 14 - 18 Jahren schon in 53 %. Schwerwiegende emotionelle Belastungen hatten die Jüngeren bereits zu 43 % erlebt, die Älteren in 78 %. Andererseits behauptet LUNGERSHAUSEN (1966), von außen sei das Motiv mit zunehmendem Alter oft schwerer zu erkennen, da die Persönlichkeit weniger durchschaubar werde, die Eltern auch mehr Diskretion wahrten.

f) Motiv und Persönlichkeit

Im Gegensatz zu der meist vertretenen Meinung, eine disharmonische Familie sei der wichtigste Faktor in der Entstehung suicidalen Tendenzen, meint NISSEN (1974), nur ein kleiner Teil jugendlicher Suicidaler stamme aus ungünstigen häuslichen Verhältnissen. Diese seien erst dann suicidalogen, wenn sie mit Überwiegen noch nicht bekannter Faktoren von Persönlichkeit und Umwelt zusammenträfen. Auch STENGEL schreibt, suizidale Handlungen hingen von vielen "Persönlichkeitsfaktoren und Umständen" ab. Dieser Meinung sind wohl auch TEICHER und JACOBS (1966), wenn sie anführen, ein Suicidaler schätze Situationen anders ein als einer, der nicht Suizid begehen würde. RINGEL (1969) bestätigt dies für den Fall, daß eine psychische Störung vorliegt: Diese setze die Toleranz herab, so daß äussere Umstände auslösend würden, die sonst fraglos durchzustehen seien. Dem widerspricht HARBAUER (1973) mit der Ansicht, persönlichkeits-eigene Faktoren spielten nur eine geringe Rolle.

g) Aspekt der Eskalation (JACOBS, 1974)

Bei einem Versuch, tiefere Zusammenhänge zwischen Motiv und Tat aufzuzeigen, verglich JACOBS (1974) eine Gruppe von 14 - 18-jährigen Jugendlichen, welche in Los Angeles einen Selbstmordversuch unternommen hatten, mit einer sorgfältig ausgewählten Kontrollgruppe. Er stellte fest, daß der Selbstmordversuch eine durchaus rationale Handlung sei (Vorsätzlichkeit) und die Endstufe einer lang andauernden Problemgeschichte darstellte. Bedeutsam sei die Art der Probleme, aber auch ihr Erleben (Gesamtbiographie).

Dabei waren beide Gruppen in den ersten 10 - 12 Jahren sehr ähnlichen Belastungen ausgesetzt. Bei den Suicidalen kamen jedoch in den folgenden Jahren neue Probleme hinzu, während die alten sich fortsetzten und vertieften. Bei der Kontrollgruppe war eine solche Steigerung nicht eingetreten. Im zweiten Zeitraum vom 10. - 12. Lebensjahr bis zum Selbstmordversuch erlebten die Suicidalen entschieden mehr Umzüge, öfter den Verlust eines oder beider Elternteile, mehr Wiederheiraten der Eltern,

häufige Ausquartierung zu Verwandten, Alkoholismus und Selbstmordversuche der Eltern. Sie erlebten mehr als die Kontrollgruppe folgenschwere Ereignisse (Schulwechsel, Ende einer ernstesten Liebesgeschichte, Schwangerschaft, Heim- oder Gefängnisarrest, Krankheit, Unfälle, eigene Selbstmordversuche). Das Ergebnis war eine fortschreitende soziale Isolierung. Als Antwort auf ein ungewöhnliches Verhalten reagierten die Eltern doppelt so häufig mit Nörgeln, Kritisieren, Anbrüllen, Vorenthalten von Anerkennung oder mit Schlägen.

Wie JACOBS berichtet, kam es am Ende einer langdauernden Problemgeschichte, nach deren Eskalation und einem Versagen aller Techniken in der Bewältigung alter und wachsender neuer Probleme zur Auflösung jedweder bedeutungsvollen sozialen Bindung. Dann bleibt nur noch ein kleiner Schritt zur suicidalen Handlung.

9. Psychologische und psychopathologische Determinanten des Kinderselbstmordes

Äußere und innere Belastungen beantwortet jedes Kind

mit mehr oder weniger starken Reaktionen, die sich in einer Änderung des Verhaltens äußern. Die psychoreaktiven Störungen, welche häufiger einer suicidalen Tat vorausgegangen sind, liegen nach HOLE (1973) in der Persönlichkeit des Betreffenden begründet, im Erleben der Entwertung bzw. Schwächung des eigenen Ich. Dies zeigt sich nach außen in einer wechselnd stark ausgeprägten Unsicherheit (STEEN, 1972; POROT et al., 1969), welche je nach dem Temperament des Einzelnen in zahllosen verschiedenen Erscheinungsformen sichtbar wird: Mehr aktiv bzw. aggressiv oder aber mehr passiv bzw. depressiv.

Unter den von uns untersuchten Kindern und Jugendlichen reagierten ungefähr 15 % mit Auflehnung und Aggressivität; einige könnte man dabei als "verhaltensgestört" bezeichnen. Bei anderen Autoren kam dies wesentlich häufiger vor, z. B. bei WINN und HALLA (1966) in über 50 %. Zu diesen auch als "Suicidäquivalente" bezeichneten Abwehrreaktionen gehören Nervosität, leidenschaftliche Ausbrüche, Frustrationsintoleranz, übertrieben sexuelle Aktivität, aber auch Weglaufen,

Kriminalität, Alkohol- und Drogenmißbrauch (HALDANE und HAIDER, 1967; NISSEN, 1974; VEDRIENNE, 1974; LÖWNAU, 1970; STORK, 1972). Daß Selbstmordversuche und Kriminalität bei einer Person alternierend auftreten, beobachtete VEDRIENNE (1974). Von den Probanden, die WINN und HALLA (1966) untersuchten, hatten 55 % damit gedroht, jemanden umzubringen, bevor sie Hand an sich selbst legten. Die Autoren fanden auch, daß jüngere Kinder dem Stehlen, dem Ungehorsam und dem Selbstmordversuch ungefähr gleichen Wert beimaßen.

Rund 7 % unserer eigenen Patienten waren vor dem Suicidversuch bzw. Suicid von daheim weggelaufen. NISSEN (1974) erklärt dies als Ausweichen vor der häuslichen Konfrontation mit dem Vater oder vor dem Leistungsanspruch in Schule und Beruf. LÖWNAU (1970) bezeichnet Weglaufen als stellvertretend für den Selbstmord; der Betreffende verschaffe sich damit wechselnde Umweltreize, welchen einen Scheinkontakt mit der Umgebung ermöglichten und die Todessehnsucht verblassen ließen.

Kinder und Jugendliche reagieren häufiger nicht mit Auflehnung, sondern mit Verslossenheit, Ängstlichkeit oder mit Depression; in Erlangen waren es mehr als 80 %. Eine starke "Verinnerlichung" der Probleme mit psychosomatischen Erscheinungen konnte dabei häufig beobachtet werden als Anorexie, Schlafstörungen, Drang nach Süßigkeiten. Dies wurde auch von TEICHER und JACOBS (1966) und LÖWNAU (1970) festgestellt, von letzterem besonders bei Mädchen.

Bei den passiv reagierenden Kindern und Jugendlichen findet sich ein nur geringes Selbstbewußtsein.

DAVIDSON et al. (1972) verglichen suizidale Jugendliche mit einer Kontrollgruppe und fanden, daß die ersteren sich seltener als optimistisch, fröhlich, sicher und geduldig ansahen, weniger Freunde und Freude hatten. Das Verhältnis zu den Eltern wurde schlechter, je mehr sie sich zurückzogen (SCHRUT, 1968; GLASER, 1972; TUCKMAN und CANNON, 1962); schließlich führte der Gedanke, in der Gemeinschaft unnötig zu sein, den Suicid bzw. Suicidversuch herbei (MARFATIA, 1970).

Angaben einzelner Autoren über Depressionen zum Zeitpunkt der suizidalen Handlung gehen weit auseinander:

DAVIDSON et al. (1972) sprechen von 5,7 %, HAIDER (1968) von 44 %, WINN und HALLA behaupten sogar, alle Kinder und Jugendlichen seien zur Zeit des Selbstmordes depressiv. Es wurden unzählige "Zeichen der Depression" zusammengetragen, welche die drohende Selbstmordgefahr vorzeitig erkennen lassen; sie reichen von Melancholie (nach GERAUD et al. (1968) mehr bei den Jüngeren) bis zu Brutalität (mehr bei den Älteren), was auch bei unseren Patienten zu beobachten war. POROT et al. (1969) nannten "Schwächelinien", die sich bei allen von ihnen beobachteten Jugendlichen fanden: Bedürfnis nach sofortigem Genuß, fundamentale Ängstlichkeit, Unruhe und Unsicherheit. In Erlangen war nur selten eine Depression diagnostiziert worden, da dies ja nur rückblickend möglich gewesen wäre: Unmittelbar nach einem Suicidversuch ist aber die Spannung gelöst, es deuten höchstens Spuren auf eine vorausgegangene Psychose hin. Mehrere unserer Probanden waren nach ihrem Suicidversuch froh, noch am Leben zu sein.

LUKIANOWICZ (1968) beobachtete bei allen suicidalen Kindern neurotische Zeichen. FRANKL (1975) nennt

Interesselosigkeit, Nutzlosigkeitsgefühl und Langeweile geradezu die "Neurose von heute"; ihre charakteristische Motivationsschwäche beruhe auf einem abgründigen Sinnlosigkeitsgefühl, einer existentiellen Frustration. Darin sah schon KIERKEGAARD die "Krankheit zum Tode". Die angebotenen Werte werden, wie RINGEL (1969) sagt, gar nicht mehr voll wahrgenommen, können also auch keine Bedeutung gewinnen: Folglich ist zu wenig "Wertvolles" vorhanden, welches das Leben lebenswert erscheinen ließe. So verschwindet alle Aktivität, was nach NISSEN (1974) als "primäre Vitalschwäche" sogar vererblich sei. Sie lieben nicht mehr, sondern wünschen geliebt, von anderen am Leben gehalten zu werden (STORK, 1972). Oft resultiert daraus sexuelle Haltlosigkeit (POROT et al., 1969) und extreme Beeinflußbarkeit (DUCHE, 1968). Hierher gehört das von POROT et al. (1969) als "Dyschronie" bezeichnete Phänomen, das Fehlen eines tiefen Zeitbewußtseins; die jungen Menschen nehmen nichts Dauerhaftes mehr wahr, schätzen ihre Zukunft als chancenlos ein und erleben somit die Gegenwart ohne Bezug.

Es bliebe, meint RINGEL (1969) nur noch die Flucht in die Irrationalität, was sich an Alkohol- und

Drogenmißbrauch, aber auch an phantastischen Gedanken über die Wirkung des Selbstmordes selbst erkennen lassen. Eine solche phantastische Vorstellung ist das sogenannte "Tom-Sawyer- Syndrom" (BALSER und MASTERSON): Das Kind genießt beim Gedanken an den Selbstmord die Vorstellung, wie sich seine Eltern und Verwandten Vorwürfe machen und "in ihrem Herzen vor ihm auf den Knien liegen". In der Vorstellung von Einigen gewinnt die Selbsttötung aber auch den Aspekt eines heldischen Tuns oder wird zu einer Art Märtyrertat, für die zu sterben es sich lohnt (STENGEL und COOK, 1969; POROT et al., 1969). Als typische puberale Antinomie beschreibt NISSEN (1974) die ambivalente Wunschvorstellung, die Eltern zu bestrafen und mit Verwöhnung belohnt zu werden. Jeder reellen Chance entbehrt auch der Wunsch eines Jugendlichen, nicht zu leben und auch nicht zu sterben, sondern in einem friedlichen Coma zu leben. Gerade ein solcher Wunsch scheint nach unseren Beobachtungen häufig den Suicidversuch herbeigeführt zu haben; nähere Angaben waren jedoch den Krankengeschichten nicht zu entnehmen.

Die tiefere Ursache für den Suicidversuch vermutet

HENSELER (1976) in einer narzißtischen Störung. Ihr zentrales Symptom sei ein labiles Selbstwertgefühl, das entweder zu hoch geschraubt oder zu minderwertig sei. Der Andere werde als stabilisierendes Objekt gesucht und als Teil des eigenen Selbst einverleibt, um eine tragfähige Identität aufzubauen. Ist aber das Kind aus irgendwelchen Gründen nicht zum Aufbau einer Identität imstande, so entsteht ein Zustand der Unsicherheit und Hilflosigkeit, den NISSEN (1974) als "Ich-Diffusion" bezeichnet. AMMON (1973) sieht die Ursache dafür in der Gruppe, in welcher der Betreffende lebt: Sie stelle eine solche symbiotische Verklammerung dar, daß ein Ausbrechen mit starken Schuldgefühlen belastet sei und zu einer archaischen Identitätsangst führe. Der Einzelne gibt also, wie MANGOLD und SEIDL (1974) sagen, einen Teil seiner Bedürfnisse auf, um von den anderen geliebt zu werden. Irgendwann aber ist der Punkt erreicht, wo er zu viel aufgeben müßte: Plötzlich weigert er sich, sein Leben solchermaßen einschränken zu lassen (BOURDIER, 1974) und unternimmt "wie aus heiterem Himmel" einen Ausbruchversuch.

Dasselbe konnte bei unseren Probanden beobachtet werden. Sie wollten einer momentan unerträglichen Lebenslage entfliehen.

V. ZUSAMMENFASSUNG

Es werden 152 Fälle suicidalen Handlungen von Kindern und Jugendlichen aus dem Erlanger Raum analysiert. Sie wurden über die Archive der Universitätskliniken und nach Unterlagen der Kriminalpolizei ermittelt.

Die Untersuchung erbrachte folgende Ergebnisse:

1. Im Raum Erlangen hat die Häufigkeit suicidalen Handlungen bei Kindern und Jugendlichen in der letzten Zeit nicht zugenommen. Die jährliche Anzahl suicidalen Handlungen bei Jugendlichen bis zu 17 Jahren betrug 10 auf 100.000 Einwohner.
2. Oft fehlte den Jugendlichen ein Elternteil.
85 % aller Probanden hatten ein oder mehrere Geschwister. Besonders häufig beging das jeweils ältere von zwei Geschwistern eine suicide Tat.
Über 70 % der Kinder und Jugendlichen kamen aus der Stadt bzw. den eingemeindeten Landgemeinden.

Die Eltern gehörten meist dem Stand der Arbeiter und Handwerker an. Die Probanden selbst waren überwiegend Schüler.

3. Bei der jüngeren Altersgruppe (bis 13 Jahre) endeten suicidale Handlungen häufiger tödlich als bei Älteren (14 - 17 Jahre). Das Verhältnis Suicid zu Suicidversuch betrug bei Jüngeren 1 : 8, bei Älteren 1 : 28.
4. Mädchen begingen häufiger suicidale Handlungen als Knaben. Bei Suicidversuchen überwogen Mädchen in beiden Altersstufen, beim Suicid in der oberen Altersstufe die Knaben.
5. Rezidive ereignen sich meist erst jenseits des 13. Lebensjahres.
6. Unter den Suicidmethoden war am häufigsten Tabletten-einnahme; sie führte jedoch ebenso wie Pulsaufschneiden und Vergiftung in keinem Fall zum Tod. Alkoholintoxikation ist gelegentlich als Suicidversuch zu werten. Erhängen war selten, aber immer tödlich.

7. Häufiger als zu anderen Tageszeiten fanden Selbstmordhandlungen nachmittags und abends statt, was auf vermehrte familiäre Konfliktmöglichkeiten in dieser Zeit hindeutet. Freitags und besonders Samstags lagen die Selbstmordzahlen deutlich niedriger als an den übrigen Wochentagen.
8. Häufig waren der suicidalen Handlung Kompensationsmechanismen (Weglaufen, Kriminalität, psychosomatische Symptome) vorausgegangen. Bei der Aufnahme in die Klinik wirkten die meisten Patienten deprimiert oder verschlossen, nur wenige waren aggressiv.
9. Die Ursache für die suicidale Tat war häufig in der Familie zu suchen. Daneben überwogen bei Jüngeren Schwierigkeiten in der Schule, bei Älteren Auseinandersetzungen mit dem Freund bzw. der Freundin. Anlaß für die familiären Zwistigkeiten war in der Gruppe der Älteren meist das Ausgehen bzw. späte Heimkommen und unerwünschte Freunde bzw. Freundinnen.
10. Ausländerkinder, fast ausschließlich Mädchen, nahmen nur Tabletten, jedoch mehr als die Einheimischen; sie wiederholten häufiger als jene ihren Suicidversuch.

11. Anamnese und Art der Ausführung zeigten, daß bei 2/3 der Probanden eine längere Problemgeschichte der suicidalen Tat vorausgegangen war. Das übrige Drittel hatte mehr oder weniger kurz entschlossen gehandelt.

Die Ergebnisse der eigenen Untersuchung wurden auf dem Hintergrund der neueren Literatur diskutiert; es ergab sich in den meisten Punkten Übereinstimmung unserer Untersuchungsergebnisse mit denen der anderen Autoren.

VI. LITERATUR

AMMON, G.

Zur Psychodynamik des Suicidgeschehens

Med. Welt, N. F. 24, 1667-1671 (1973)

ASCHKHASSY, C.

Der Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen

Med. Diss., Düsseldorf 1969

BALESTRI, L., GIORDANO, P. O.

Studio dell' ambiente familiare nel tentato

suicidio dell' età evolutiva

G. Psichiat. Neuropat. 94, 325 - 336 (1966)

BALSER, B.H., MASTERSON, J. F. jr.

Suicide in adolescents. Zit. nach OTTO, U.:

Suicidal Acts by Children and Adolescents

Acta Psychiat. Scand. Suppl. 233 (1972)

BERGE

Zit. nach PROT et al.: Les conduits suicidaires
des adolescents

Psychiat. Enfant. 11, 317 - 369 (1968)

BERNSPANG, E.

Die Telefonseelsorge im Dienste der Selbstmord-
verhütung; in:

RINGEL, Selbstmordverhütung

Bern-Stuttgart-Wien: Huber, H., 1969

BIENER, K.

Drogen- und Selbstmordwertung

Nervenarzt 47, 398 - 401 (1976)

BIENER, K., BÖCKER, F., HELLBRÜGGE, Th., LEMPP, R.,
NEUHÄUSER, G., POHLMEIER, H.,

Schulstreß allein macht keine Selbstmordgedanken
Ärztliche Praxis 47, 2019 - 2021 (1976)

BIENER, K., BURGER, Ch.

Selbstmordversuche und Abschiedsbriefe Jugendlicher
Nervenarzt 47, 179 (1976)

BIGRAS, J., GAUTHIER, Y., BONEHARD, C., TASSE, Y.

Suicidal attempts in adolescent girls.

A preliminary study.

Canad. Psychiat. Ass. J. 11, Spec. Suppl. 275 -
282 (1966)

BÖCKER, F.

Klinische Maßstäbe zur Wertung eines Selbstmordversuches

Dtsch. Med. Wschr. 95, 883 - 885 (1970)

BÖCKER, F.

Über Veränderungen der Selbstmordkurven in verschiedenen Bevölkerungsgruppen

Nervenarzt 43, 574 - 577 (1972)

BÖCKER, F.

Suicide und Suicidversuche

Stuttgart, Thieme 1973

BOLLEA G., MAYER, R.

Psychopathology of suicide in the formative years

Acta paedopsychiat. 35, 335 - 344 (1968)

BOURDIER, P.

Les tentatives de suicide de l'adolescent

- Kongreßbericht - Rev. Neuropsychiatr.

Infant. 22, 639 - 656 (1974)

BRON, B.

Drogenabusus und Suicidalität

Schweizer. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.

118, 73 - 94 (1976)

BUNCH und BARRACLOUGH

zit. nach BIENER und BURGER:

Selbstmordversuche und Abschiedsbriefe Jugend-
licher

Nervenarzt 47, 179 - 185 (1976)

CAZZULLO, C.L., BALESTRI, L., GENERALI, L.

Some remarks on the attempted suicide in the
period of adolescence

Acta paedopsychiat. 35, 373 - 375 (1968)

CERNY, L.

Les suicides des enfants et des jeunes en

Tchécoslovaquie

Acta paedopsychiat. 35, 380 - 388 (1968)

COHEN, J.

zit. nach POROT et al.: Les conduits suicidaires
des adolescents

Psychiat. Enfant. 11, 317 - 369 (1968)

CONNEL, H.

Attempted suicide in schoolchildren

Med. J. Austr. 59, 686 (1972)

DAVIDSON, F.

Les tentatives de suicide de l'adolescent

- Kongreßbericht -

Rev. Neuropsychiat. infant. 22, 639 - 656 (1974)

DAVIDSON, F., CHOQUET, M., ETIENNE, M., TALEGHANI, M.

Contribution à l'étude du suicide des adolescents

Hyg. ment. 61, 1 - 32 (1972)

DÖHRSEN, A.

Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen

Göttingen: Verlag f. med. Psychol (1967)

DUCHE, D. J.

Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'

adolescent

Acta paedopsychiat. 35, 345 - 373 (1968)

DUCHE, D. J.

Les tentatives de suicide de l' adolescent

- Kongreßbericht -

Rev. Neuropsychiatr. infant. 22, 639 - 656 (1974)

EGGERS, Ch.

Todesgedanken, Suicide und Suicidversuche im

Verlauf kindlicher Schizophrenien

Nervenarzt 45, 36 - 42 (1974)

FEUERLEIN, W.

Sucht und Suicidhandlungen

Mchn. med. Wschr. 117, 175 (1975)

FICKER, F.

Tabletten und kindliche Selbstmordhandlungen

Dtsch. Gesundh. Wesen. 31, 468 - 471 (1976)

FRANKL, V. G.

Der Mensch auf der Suche nach Sinn

Freiburg-Basel-Wien

Herder 1975

FREJAVILLE, J.-P.

Les tentatives de suicide de l' adolescent

- Kongreßbericht -

Rev. Neuropsychiatr. infant. 22, 639 - 656 (1974)

FREUD, S.

zit. nach DÜHRSEN: Zum Problem des Selbstmordes
bei jungen Mädchen

Göttingen: Verlag f. med. Psychol. (1967)

GERAUD, J., MORON, P., MIEDZYRZECKI, J.

Adolescence et tentative de suicide

Acta paedopsychiatr. 35, 376 - 380 (1968)

GLASER

zit. nach OTTO: Suicidal acts by children and
adolescents

Acta Psychiat. Scand.Suppl. 233 (1972)

GUIDEVAUX

zit. nach DAVIDSON: Les tentatives de suicide de
l' adolescent

- Kongreßbericht -

Rev. Neuropsychiatr. infant. 22, 639 - 656 (1974)

HAIDER, I.

Suicidal attempts in children and adolescents

Brit. J. Psychiat. 114, 1133 - 1134 (1968)

HALDANE, J. D., HAIDER, I.

Attempted suicide in children and adolescents

Brit. J. Clin. Pract. 21, 587 - 591 (1967)

HARBAUER, H.

Selbstmordhandlungen bei Kindern

Dtsch. Ärztebl. 70, 491 - 493 (1973)

HENSELER, H.

Suicid und narzißtische Störung

Ärztl. Prax. 28, 2572 (1976)

HOLE, G.

Suicidalität und Selbstwertverlust im Erleben
depressiver Patienten

Z. Psychother. med. Psychol. 23, 233 - 238 (1973)

JACOBS, J.

Selbstmord bei Jugendlichen: Verhinderung, Hilfe

München: Kösel 1974

KESSEL, N.

zit. nach MC INTIRE und ANGLE: Suicide as seen
in poison control centers
Paediatrics 48, 914 - 922 (1971)

KIEHLHOLZ, P., PÖLDINGER, W.

Depressionsdiagnostik und -therapie als Beitrag
zur Selbstmordverhütung, in RINGEL, Selbstmord-
verhütung
Bern-Stuttgart-Wien: H. Huber 1969

KIERKEGAARD, S.

Die Krankheit zum Tode
München: Rowohlt 1966 (geschrieben 1849)

KOHLER, C., CHAMBARD

Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents
Pédiatrie 22, 785 - 797 (1967)

LEDER, H.

Klinische und sozialfürsorgliche Gesichtspunkte
beim Suicidversuch Jugendlicher
Psychiat. Neurol. med. Psychol. 19, 183 - 186 (1967)

LEMPPE, R.

Zum Suicid von Kindern und Jugendlichen.
Arbeitskreis f. forens. Psychopath. i. d. Dt.
Ges. f. Rechtsmed. - Tübingen 23. 10. 1976

LÖWNAU, H. W.

Suicidale Tendenzen bei Kindern und Jugendlichen
Prax. Kinderpsychol. 19, 165- 167 (1970)

LUKIANOWICZ, N.

Attempted suicide in children
Acta psychiat. Scand. 44, 415 - 435 (1968)

LUNGERSHAUSEN, E.

Suicide und Suicidversuche bei Schülern
Z. Präy. Med. 11, 414 - 433 (1966)

MADLAND, N.

Problems concerning suicide amongst psychiatric
patients in childhood and adolescence
T. Norsk. Laegefor. 92, 1190 - 1193 (1972)

MANGOLD, B., SEIDL, J. E.

Der Suicidversuch als kinderpsychiatrischer Notfall
Prax. Kinderpsychol. 23, 233 - 240 (1974)

MARFATIA, J. C.

zit. nach SCHECHTER und STERNLOF: Suicide in
adolescence

Postgrad. Med. 47, 220 - 224 (1970)

MC INTIRE, M. S., ANGLE, C. R.

"Suicide" as seen in poison control centers

Paediatrics 48, 914 - 922 (1971)

MÜLLER- KÖPPERS, M.

Kindersuicide: Ein multifaktorielles Geschehen

Ärztl. Prax., 49

MURDOCH, B. D.

The electro-encephalogram and suicide in a 12-
year-old boy

S.Afr. med. J. 48, 2403 - 2404 (1974)

NISSEN, G.

Depression und Suicidalität in der Pubertät

Allg. Med. 10, 435 - 439 (1973)

NISSEN, G.

Pubertätskrisen und Störungen der psycho-sexuellen
Entwicklung, in: HARBAUER, LEMPP, NISSEN, STRUNK:
Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychia-
trie, 2. Aufl.

Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1974

(S. 174 - 208)

NISSEN, G.

Drogenabhängigkeit bei Kindern

Paediat. Pädol. 9, 10 - 16 (1974)

OSCHLIES, W.

Selbstmorde in der DDR und in Osteuropa

Deutschlandarch. 8, Heft 1, 38 - 55 (1976)

OTTO, U.

Suicidal acts by children and adolescents

Acta Psychiat. Scand. Suppl. 233 (1972)

PARNITZKE, Ch., REGEL, H.

Suicidale Handlungen im Kindes- und Jugendalter

Psychiat. Neurol. med. Psychol. 24, 528 - 538 (1972)

PÖLDINGER, W., RINGEL, E.

Über die Notwendigkeit der Errichtung von Crisis-
Intervention-Centers, in: RINGEL, Selbstmordver-
hütung

Bern-Stuttgart-Wien: H. Huber 1969

POROT, M., CONDERT, A., COLLET, M.

Les conduits suicidaires des adolescents

Psychiat. Enfant. 11, 317 - 369 (1969)

REGNER, E.

zit. nach OTTO: Suicidal acts by children and
adolescents

Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 233 (1972)

RINGEL, E.

Lebensschwierigkeiten und praesuicidale Einengung

Wien. Z. Nervenheilk. 25, 388 - 401 (1967)

RINGEL, E.

Selbstmordverhütung

Bern-Stuttgart-Wien: H. Huber 1969

RUTTER, M.

Parent-child-separation: Psychological effects
on the children

J. Child. Psychol. Psychiat. 12, 233 - 260 (1971)

SABBATH, J. C.

The role of the parents in adolescent suicidal
behavior

Acta paedopsychiat. 38, 211 - 220 (1972)

SCHARFETTER, Ch.

"Suicid" in: MÖLLER, Ch.: Lexikon der Psychiatrie
Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1973

SCHECHTER, M. D., STERNLOF, Ph. D.

Suicide in adolescents

Postgrad. Med. 47, 220 - 224 (1970)

SCHRUT, A.

zit. nach OTTO: Suicidal acts by children and
adolescents

Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 233 (1972)

SCHRUT, A.

Some typical patterns in the behavior and background of adolescent girls who attempt suicide.

Amer. J. Psychiat. 125, 69 - 74 (1968)

SHEARER, A. B.

Suicide attempts and depression in children

Med. J. Austr. 59, 655 - 657 (1972)

SIEGEL, E., GRUND, H.

Über den Suicid bei Kindern und Jugendlichen

Psychiat. Neurol. med. Psychol. 25, 42 - 52 (1973)

SOUBRIER, J.-P.

Les tentatives de suicide de l' adolescent

- Kongreßbericht -

Rev. Neuropsychiatr. infant. 22, 639 - 656 (1974)

SPERLING, E.

Das therapeutische Gespräch mit Suicidalen

Nervenarzt 43, 409 - 411 (1972)

STANCAK, A.

Suicides and suicidal attempts in the young
Csl. Psychol. 12, 288 - 297 (1968)

STEEN, R. E.

Stress disorders in childhood
J. Irish med. Ass. 65, 607 - 617 (1972)

STENGEL, E.

Grundsätzliches zum Selbstmordproblem, in:
RINGEL, Selbstmordverhütung
Bern-Stuttgart-Wien: H. Huber, 1969

STENGEL, E., COOK, N. G.

Zit. nach OTTO: Suicidal acts by children and
adolescents
Acta Psychiat. Scand. Suppl. 233 (1972)

STERN, E.

zit. nach ASCHKHASSY, C.: Der Selbstmord bei
Kindern und Jugendlichen
Med. Diss., Düsseldorf 1969

STORK, J.

Suicidtendenzen und Suicidversuch.

Statistische Analyse des suicidalen Feldes bei
Schülern (Teil 1)

Z. klin. Psychol. Psychother. 20, 123 - 151 (1972)

STUTTE, M.-L., STUTTE, H.

Selbstmord und Selbstmordversuch im Kindesalter
Anges-Karll-Schwester 21 (1967)

TALEGHANI, M.

Les tentatives de suicide de l' adolescent

- Kongreßbericht -

Rev. Neuropsychiat. infant. 22, 639 - 656 (1974)

TEICHER, J., JACOBS, J.

Adolescents who attempt Suicide. Preliminary findings
Amer. J. Psychiat. 122, 1248 - 1257 (1966)

THOMAS, K.

Pressebericht vom 04. 06. 1976 (in "Der Tagesspiegel")
und vom 09. 10. 1976 (in "Die Welt").

TRUBE-BECKER, E.

Suicid bei Kindern und Jugendlichen

Mchn. med. Wschr. 112, 750 - 754 (1970)

TUCKMAN, J., CANNON, H. E.

zit. nach OTTO: Suicidal acts by children and
adolescents

Acta Psychiat. Scand. Suppl. 233 (1972)

VEDRIENNE, J.

Les tentatives de suicide de l' adolescent

- Kongreßbericht -

Rev. Neuropsychiat. infant. 22, 639 - 656 (1974)

WINN, D., HALLA, R.

Observations of children who threaten to kill
themselves

Canad. Psychiat. Ass. J. 11, Spec. Suppl., 283 -
294 (1966)

WORLD HEALTH STATISTICS REPORT

Vol. 26, Nr. 3, 1973, II. Special Subject:

Suicides by Means Used, 1950 - 1969

ZIMBACCA, N.

zit. nach DAVIDSON: Contribution à l' étude du
suicide des adolescents

Hyg. ment. 61, 1 - 32 (1972)

ZUMPE, L.

zit. nach OTTO: Suicidal acts by children and
adolescents

Acta Psychiat. Scand. Suppl. 233 (1972)

Herrn Prof.Dr.G.Reinhardt danke ich für die Überlassung des Themas, Anleitung und Unterstützung bei der Erstellung der Dissertation sowie für die Übernahme des Referates.

Herrn Prof.Dr.G.Neuhäuser danke ich für die Durchsicht der Arbeit und viele wertvolle Anregungen zu ihrer Gestaltung.

Für die Erlaubnis zur Auswertung von Krankengeschichten bin ich Herrn Prof.Demling, Herrn Prof. Hegemann, Herrn Prof. Wieck, Herrn Prof. Windorfer und Herrn Prof. Wuermeling, der auch das Korreferat übernahm, zu besonderem Dank verpflichtet.

Ebenso danke ich Herrn Kriminalhauptkommissar Ludwig Lang von der Kriminalpolizei Erlangen, der mir wichtige Daten für die Dissertation überließ.

LEBENS LAUF

Am 22.05.1949 wurde ich als Sohn des Alfons Freiherrn von Redwitz und seiner Ehefrau Helga, geborene Gräfin von Moy in München geboren. Nach dem Besuch der Volksschule in Hütting / Bay. von 1955 bis 1959 trat ich in das Benediktinergymnasium Ettal ein und legte dort im Juli 1968 die Reifeprüfung ab. Von 1968 bis 1969 studierte ich Philosophie an der Universität Fribourg (Schweiz), von 1969 bis 1970 Theologie an der Universität Tübingen; von 1970 bis 1971 besuchte ich das Emerson College in Forest Row (Sussex, England) und arbeitete von 1971 bis 1972 an der "Offenen Tür Berlin". Nach einem Semester Jura an der Freien Universität Berlin im Wintersemester 1972 / 1973 begann ich im Sommersemester 1973 in Erlangen mit dem Medizinstudium und legte im März 1975 die ärztliche Vorprüfung ab, im März 1976 die erste, im März 1978 die zweite und am 16.05.1979 die dritte ärztliche Prüfung.

W. 1979

